

ARIANE SILVA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE, DOENÇA E
CORPO DE CLIENTES DE ACADEMIAS DE GINÁSTICA
EM CAMPO GRANDE, MS**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
MESTRADO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE
CAMPO GRANDE - MS
2009**

ARIANE SILVA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE, DOENÇA E
CORPO DE CLIENTES DE ACADEMIAS DE GINÁSTICA
EM CAMPO GRANDE, MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, Área de Concentração: Psicologia da Saúde, sob orientação da Profª. Drª. Angela Elizabeth Lapa Coêlho.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
MESTRADO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE
CAMPO GRANDE - MS
2009**

A dissertação apresentada por Ariane Silva, intitulada “REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, DOENÇA E CORPO DE CLIENTES DE ACADEMIAS DE GINÁSTICA EM CAMPO GRANDE, MS” como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) foi

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a. Angela Elizabeth Lapa Coêlho – UCDB (Orientadora)

Prof^a Dr^a. Luciane Pinho de Almeida

Prof^a Dr^a. Lucy Nunes Ratier Martins

Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto

Campo Grande-MS, 06 de novembro de 2009.

Dedico este trabalho aos meus pais e irmão, que sempre estiveram ao meu lado, com palavras de incentivo em todos os sorrisos e lágrimas, neste árduo caminho de estudos e descobertas. Aos meus avós, que sempre me abençoaram em todas as fases de minha vida com suas orações, carinhos e beijos.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Agradeço a Deus por estar presente e me dar luz e discernimento nos momentos em que me desesperei. Graças a ele e as suas palavras de incentivo sussurradas em meus ouvidos pude concluir esta dissertação.

À minha maravilhosa orientadora, Prof^a. Dr^a. Angela Elizabeth Lapa Coêlho. É impossível conhecê-la e não se deslumbrar por sua paixão de ensinar. Obrigada pelas palavras amigas, pela paciência e consideração dadas a mim em toda a jornada.

Ao Mestre Marcelo Miranda, que abriu meus olhos para um futuro que nunca tinha planejado e almejado para mim. Amigo e companheiro de trabalho sempre presente. Obrigada.

À Mestre Norma Ribas, por me incentivar logo no começo de minha jornada acadêmica. Aprendi muito e amadureci com suas palavras.

Aos professores Dr^a. Luciane Pinho de Almeida, Dr^a. Lucy Nunes Ratier Martins e Dr. Sebastião Benício da Costa Neto pela disponibilidade em participar da minha banca.

À Universidade Católica Dom Bosco, agradeço pelo incentivo dado para a conclusão deste trabalho. Sem essa ajuda, com certeza o caminho teria sido muito mais difícil.

"O seu corpo é a base e a metáfora da sua vida, a expressão da sua existência. É a sua Bíblia, sua enclopédia, sua história de vida. Tudo o que acontece com você é armazenado e refletido no seu corpo. No casamento da carne e do espírito, o divórcio é impossível."

Gabrielle Roth (s/d)

RESUMO

A construção das representações sociais de saúde e doença depende de aspectos relacionados a vivências grupais e individuais em uma sociedade e em uma determinada época, interferindo no modo de pensar e agir sobre os cuidados com o corpo. Para identificar essas representações sociais, faz-se necessário analisar quais concepções as pessoas têm sobre a saúde e a doença, já que os cuidados com o corpo estão intrinsecamente relacionados a essas concepções. O objetivo deste trabalho foi identificar as representações sociais de saúde, doença e corpo de clientes de academias de ginástica em Campo Grande - MS. Participaram da pesquisa 28 clientes de três academias de ginástica, selecionadas pela localização, infraestrutura e valores de mensalidade. Foi utilizada uma entrevista semiestruturada para obter o perfil sociodemográfico dos participantes, bem como suas representações sobre saúde, doença e corpo. Também foram identificados os fatores que influenciam os participantes na escolha da academia de ginástica e de seu professor. Um diário de campo foi utilizado para anotar as intercorrências ocorridas durante a entrevista. Os resultados revelaram que a representação social de saúde para os participantes é apresentada como fundamental para a realização das atividades do dia-a-dia, como trabalhar, estudar e fazer exercício físico. A saúde também está associada a ter boa moradia, ter relações sociais, boa alimentação e estar feliz, sinalizando a mudança do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial, o que caracteriza uma visão ampliada de saúde. Para os participantes, a saúde também é cuidar do físico e da mente, apontando uma representação ainda dicotomizada, como se fossem duas instâncias separadas. Nos relatos, identificamos que ainda existem pessoas que constroem a representação de saúde como ausência de sintomas, evidenciando uma visão simplificada e que pode trazer riscos para a saúde, pois pode levar a ignorar doenças que, no início, são assintomáticas. Os resultados da análise dos relatos dos participantes sobre a representação social de doença mostram-na como fator que impossibilita viver, prejudicando a saúde e fazendo mal para o corpo e mente, mostrando novamente uma representação fragmentada. Nos relatos dos participantes, a representação de doença está associada ao sentimento de desânimo que se instala para realizar as tarefas diárias, sendo também identificada como um mal que desestrutura a vida social e familiar. Os participantes também relataram que o corpo influencia nas relações sociais e de trabalho, sendo considerado por muitos um cartão de visitas e a aparência da empresa. A academia de ginástica é procurada para melhorar o condicionamento físico, a estética, para manter e promover a saúde. As principais influências para a escolha da academia são a localização, os vínculos de amizade, a atenção e o conhecimento técnico do professor e a infraestrutura da academia. Quanto à escolha do professor, os participantes procuraram um profissional atencioso, que tenha conhecimento técnico, o incentive positivamente na rotina de exercícios e que tenha boa aparência. Acreditamos que, por meio deste estudo, poderemos auxiliar a compreensão das representações sociais de saúde e doença e sua relação com o corpo, possibilitando o entrelaçamento de conhecimentos e reflexões para os pesquisadores e profissionais atuantes em academias de ginástica.

Palavras-chave: Representação Social; Saúde; Doença; Corpo.

ABSTRACT

The construction of social representations of health and illness depends on aspects related to group and individual experience in a society and in a determined period, interfering in the way of thinking and in the behavior of how to take care of the body. To identify these social representations, it is necessary to analyze which conceptions people have about health and illness, as the care of the body is intrinsically related to these conceptions. The aim of this paper is to identify the social representations of health, illness and body of clients from health clubs in Campo Grande, MS. Twenty-eight clients from three health clubs were selected by its localization, infrastructure and monthly fee. A semi structured interview was used to obtain the social demographic profile of the participants, as well as their representations about health, illness and body. Also, factors that influenced the participants in the choice of the health club and of their teachers where identified. A diary was used to note down the occurrences during the interview. The results revealed that the social representation of health to the participants is presented as essential to the realization of every day activities like working, studying and exercising. Health is also associated to having a good place to live, having good social relations, good food and being happy, thus signaling the change of the biomedical model to the biopsicosocial model, characterizing an amplified vision of health. To the participants, being healthy also means taking care of the body and mind, pointing to a still dichotomized representation, as if they were two separate instances. In the records, it was also identified that there are still peoples that construct the health representation as absence of symptoms, evidencing a simplified version that could bring risks to health, as it could lead to ignoring illnesses that, in the beginning have no symptoms. The results of the analysis of the participants' records about social representations of illness show it as a factor that makes it impossible to live, harming the health and harming the body and mind, once more showing a fragmented representation. In the records of the participants, the representation of illness is associated to the feeling of gloom that is installed to make daily chores, also being identified as something that breaks down social and family life. The participants also revealed that the body has influence over social and working relations, considered by many as a "business card" and the company's appearance. The health club is searched to improve the physical conditioning, aesthetic, to maintain and promote health. The main influences for the choice of the health club are localization, friendship bonds, teacher's attention and technical knowledge and the infrastructure of the health club. Referring to the choice of the teacher, the participants look for a professional that is considerate and thoughtful, that has technical knowledge, that positively encourages the exercise routine and that has good appearance. It is believed that, through this study, we will be able to help to understand the social representations of health and illness and its relation with the body, making possible the involvement between knowledge and reflections to researchers and professional working in health clubs.

Key-words: Social Representation; Health; Illness; Body

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Dados sociodemográficos dos participantes	59
TABELA 2- Representações sociais de saúde para os participantes.....	61
TABELA 3- Representações sociais de doença para os participantes.....	67
TABELA 4- Concepções dos participantes sobre o seu corpo	73
TABELA 5- Representações sociais de corpo para os participantes	78
TABELA 6- Os padrões de corpos na atualidade para os participantes.....	82
TABELA 7- A influência do corpo nas relações sociais segundo os participantes	85
TABELA 8- Motivos para ingressarem na academia	90
TABELA 9- Motivos para frequentarem determinada academia	93
TABELA 10- Fatores que influenciam na escolha da academia.....	96
TABELA 11- Fatores que influenciam na escolha do professor	98

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A- Roteiro de Entrevista	114
APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	115

LISTA DE ANEXOS

DECLARAÇÃO DO CEP 117

Sumário

INTRODUÇÃO	13
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
1.1 REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO SAÚDE E DOENÇA	17
1.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	28
1.3 REFLEXÕES SOBRE AS CONCEPÇÕES DE CORPO	36
2. OBJETIVOS.....	50
2.1 OBJETIVO GERAL.....	51
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	51
3. MÉTODO.....	52
3.1 LOCAL.....	53
3.2 PARTICIPANTES	54
3.3 INSTRUMENTO	54
3.4 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS.....	55
3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS RELATOS	56
4. RESULTADO E DISCUSSÃO	57
4.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	58
4.2 ANÁLISE DOS RELATOS DOS CLIENTES DAS ACADEMIAS DE GINÁSTICA	60
4.2.1 As Representações Sociais de saúde	60
4.2.2 As Representações Sociais de doença	66
4.2.3 Corpo e corporeidade	72
4.2.4 Considerações sobre as academias de ginástica.....	90
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS.....	106
APÊNDICES	113
ANEXOS	116

INTRODUÇÃO

Entre os inúmeros estudos realizados na atualidade, pesquisas relacionadas com as representações sociais que um determinado grupo ou pessoa tem sobre um objeto têm se tornado uma constante nas publicações científicas. Quando abordamos os aspectos relacionados à representação e aos cuidados para com o corpo, entendemos que as representações sociais de saúde e doença não podem ser desvinculadas do entendimento de que o zelo com o corpo varia de acordo com as construções grupais e individuais dessas representações. Para isso, é necessária a contextualização das representações sociais de saúde, doença e corpo de várias épocas, como elas são construídas e interpretadas, para entender como a pessoa e a coletividade produzem essas representações nos dias atuais.

Desse modo, conhecer as representações sociais de saúde, doença e corpo de clientes de academias de ginástica permite poder alcançar o entendimento dessas representações e contribuir para a atuação dos profissionais da saúde que estão nesses locais, já que muitos desses profissionais não têm o conhecimento, ou a percepção que a construção das representações sociais de saúde, doença e corpo não podem estar desvinculados.

O corpo é um instrumento utilizado por todos e, por meio dele, nos comunicamos e estabelecemos vínculos. Cada pessoa possui internalizadas várias representações que podem ser temporárias ou arraigadas por mais tempo. Algumas dessas representações podem ser compartilhadas por várias pessoas e, quando externalizadas, tornam-se uma representação pública e compartilhada por um grupo. Observa-se, portanto, as mais variadas representações sociais de saúde, doença e corpo.

O corpo, na atualidade, é objeto de interesse nas mais variadas áreas do saber: Filosofia, Antropologia, Psicologia, Educação Física entre outras que não se cansam de tentar entender as representações a ele relacionadas. Inúmeras pesquisas como de Sabino (2002), Breton (2003), Novaes (2006) e Lacerda (2007) revelaram que o corpo forma e transforma opiniões mostrando o que é normal ou anormal, impróprio ou aceitável. O corpo, na contemporaneidade, está relacionado e exerce influência nas atitudes, no status de trabalho e nas relações sociais. As dietas e cirurgias que o corrigem, os remédios que fazem milagres e a prática dos exercícios físicos também são utilizados pelas pessoas para que a saúde e o corpo

estejam dentro de suas representações, isto é, dependendo da representação social de saúde e doença que a pessoa tem, o cuidado com o corpo vai ser diferente, desde a busca de tê-lo saudável, até tratá-lo, como Breton (2003) relata, como um esboço a ser corrigido.

O meu interesse pelo corpo vem desde a minha graduação na faculdade de Educação Física. As academias de ginástica são a minha área de conhecimento e nelas exerço minha vida profissional há mais de quinze anos. Nesse período, pude observar que a tríade saúde-doença-corpo são inseparáveis. Na prática diária da profissão, observei o poder que o corpo tem nas relações de amizade, amor e conquista de trabalho.

O anseio para este estudo veio a se concretizar com a aprovação no Mestrado em Psicologia, em que as disciplinas de Psicologia da Saúde e Identidade e Representação Social me chamaram a atenção para o foco desta pesquisa.

A fundamentação teórica deste trabalho aborda o processo de construção das concepções sobre saúde e doença, situando a transição da utilização do modelo biomédico para o biopsicossocial na manutenção e promoção da saúde e a prevenção da doença. Também são discutidas as contribuições da Psicologia Social sobre os estudos das representações sociais. Finalizando, é levantada a discussão sobre as representações sociais dadas ao corpo, como ele é visto com o passar dos tempos, até chegar à sociedade atual.

Nesta pesquisa de dissertação de mestrado identificamos as representações sociais de saúde, doença e corpo de clientes de academias de ginástica em Campo Grande, MS, bem como a situação sociodemográfica dos participantes, os critérios de escolha do professor e as influências exercidas para frequentarem e escolherem a academia de ginástica em que estão fazendo os seus exercícios físicos. Em seguida, apresentamos o método utilizado na pesquisa, detalhando o local, participantes, instrumentos, procedimentos e aspectos éticos.

No próximo capítulo, estão registrados os resultados e suas análises e, por último, são realizadas as considerações finais sobre o trabalho e exposta a relevância da pesquisa nessa área.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As representações sociais de saúde e doença variam de acordo com os aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos dos grupos de uma sociedade, e refletem diretamente sobre os cuidados com o corpo.

Compreender as concepções de saúde e doença se faz necessário para perceber a evolução dessas concepções, no que diz respeito às relações sociais de pessoas praticantes do exercício físico.

1.1- Reflexões sobre o processo saúde e doença

Na Antiguidade, as classes populares atribuíam o estar saudável ou doente a poderes divinos. Para os greco-romanos, egípcios e hebreus, a saúde era ligada ao bem-estar físico. Na atualidade, a saúde possui representações mais amplas, pois a pessoa é vista como um todo que se relaciona socialmente (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002).

Spink (2003, p. 43) argumenta, que tanto no Ocidente quanto no Oriente, a relação comportamento-saúde e corpo-mente, “[...] fez parte da reflexão sobre a doença, especialmente em períodos históricos nos quais a doença foi equacionada com a ruptura do equilíbrio intraindivíduo ou entre o indivíduo e o cosmo.”

Scliar (2002; 2007) e Sevalho (1993) relatam que nos primórdios da história da humanidade, os estados de doença e saúde eram construídos a partir da realidade que as pessoas estavam vivendo. Portanto, quando estudamos os processos de saúde e doença, devemos levar em consideração as diferentes fases da história, ou seja, como as pessoas interagiam e estavam configuradas em um determinado período, pois, em cada momento, novos entendimentos de saúde e doença foram gerados.

Segundo Sevalho (1993), para os mesopotâmios, os demônios eram os responsáveis pela manifestação da doença, sendo necessário o exorcismo para a cura e restabelecimento da saúde.

Já a Medicina grega, conforme demonstra Sciliar (2007), era uma Medicina que valorizava práticas higiênicas e na qual a cura da doença se dava por meio de medicamentos naturais e não apenas por rituais.

Para os antigos hebreus, a doença se instalava nas pessoas pelos seus pecados e pela desobediência ao divino, sendo o seu Deus considerado o grande médico que cuidava dos enfermos e curava as enfermidades. Já na Idade Média, o doente era isolado e considerado morto e, nesse período de isolamento, missas eram realizadas até que a sua cura acontecesse (SCLiar, 2007). Sevalho (1993) relata que, nesse período, há um grande poder da Igreja e já é possível ver a fragmentação do corpo e da mente com cunho espiritual. O autor também revela que essa influência de caráter religioso e com castigos divinos estão presentes até os dias de hoje, revestindo as representações sociais de doença construídas pelas pessoas.

Estes aspectos resistem entre crenças ainda existentes que cultuam a pureza como uma ligação rigorosa e permanente ao primitivo e um isolamento dos costumes atuais, ou mesclados na cultura geral de nosso tempo. A sífilis, com seu caráter venéreo, na primeira metade do século XX, e a presente epidemia de AIDS, inicialmente entre homossexuais masculinos e usuários de drogas endovenosas, trouxeram à tona uma série de preconceitos morais (SEVALHO, 1993, p.352).

Também não se pode esquecer que, na sociedade atual, ainda se recorre aos xamãs e aos sacerdotes para exorcismos e na busca da cura para determinadas doenças (SEVALHO, 1993).

Sciliar (2007) relata que, após a Idade Média, acontecem os avanços científicos, dando início ao uso de laboratórios e microscópios, possibilitando tratar a doença por meio de soros e vacinas, e não apenas pela influência do aspecto religioso.

Era uma revolução porque, pela primeira vez, fatores etiológicos até então desconhecidos estavam sendo identificados; doenças agora poderiam ser prevenidas e curadas (SCLiar, 2007, p. 34).

Após a Segunda Guerra, foi criada a Organização Mundial da Saúde (OMS) e, em sua carta de princípios, do dia 7 de abril de 1948, foi publicada a obrigação de o Estado proteger e promover a saúde. Nos anos de 1940 a saúde era definida como “[...] o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (SCLiar, 2002, p. 93). Esse conceito era considerado um avanço para a época, já que a saúde era vista anteriormente apenas como ausência de enfermidades, isto é, se a pessoa não apresentasse nenhum sintoma ou sinal, era atribuído a ela o status de saudável. Este conceito refletia o final da guerra, quando se aspirava o direito de saúde plena e sem restrições. Entretanto, essa Declaração acarretou críticas sobre sua abrangência, pois a saúde ideal seria algo impossível de se alcançar, pelo seu status “de mais completo bem-estar físico, mental e social”. Esse conceito também gerou críticas de natureza política (SCLiar, 2007).

A amplitude do conceito da OMS acarretou críticas, [...] outras de natureza política, libertária: o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que intervira na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde (SCLiar, 2007, p. 34).

Scliar (2002) argumenta que não podemos nos contentar com o silêncio dos órgãos, uma vez que, antes da criação desse conceito, ausência de enfermidades era confundida com ausência de sintomas. Também vemos que é humanamente impossível atingir essa perfeição de “pleno bem-estar físico, mental e social”, pois quando falamos de físico, nos deparamos com termos mensuráveis como peso ideal, pressão arterial normal entre outros. Mas, quando falamos em bem-estar, entramos em uma ordem qualitativa de representações e sentidos subjetivos para cada pessoa.

Para Segre e Ferraz (1997), a definição de saúde da OMS foi muito avançada para a época. Mas, para os estudiosos da segunda metade do século XX, essa definição é irreal e de visão unidirecional, porque perfeição é utopia, e o sentido de perfeito bem-estar é impossível de se caracterizar.

Só poder-se-ia, assim falar de bem-estar, felicidade ou perfeição para um sujeito que, dentro de suas crenças e valores, desse sentido

de tal uso semântico e, portanto, o legitimasse (SEGRE; FERRAZ, 1997, p.539).

Para Scliar (2007), outro fator de controvérsias para o conceito da OMS é a ênfase dada à separação dos conceitos sociais, físicos e mentais, que interagem, concebendo um sistema ininterrupto, sem estabelecer categorias. A crítica sobre a unilateralidade do conceito fica entendida, pois não é possível analisar o que é má ou boa qualidade de vida de forma extrínseca. Somente a própria pessoa é capaz de avaliar tais condições.

Para Becker (2001) e Scliar (2002), outro fato histórico que merece destaque é a Carta de Otawa, patrocinada pela própria OMS, reconhecendo que a saúde necessita de vários fatores para ser atingida, como paz, habitação, poder aquisitivo, educação, ecossistema estável, a conservação de recursos naturais, estabelecimento de políticas públicas saudáveis, entre outros.

A promoção da saúde foi conceituada como "o processo de capacitação na comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo [...] (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002).

Na Carta de Otawa, fica registrada a importância da interdisciplinaridade entre os setores que atuam nas políticas públicas, oferecendo estratégias integrais de atuação em vários campos e locais, como cidades e comunidades (BRASIL, 1986). Para Pessini e Barchifontaine (2002), esse documento aponta também a importância do conceito de equidade. A partir do conceito de saúde da OMS e da Carta de Otawa, várias Conferências sobre as políticas de saúde foram realizadas para o melhoramento das condições de saúde individual e coletiva (BECKER, 2001).

No Brasil, um conceito mais amplo de saúde é reconhecido, na 8^a Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Este conceito inclui aspectos enfatizando que a saúde é resultante de vários fatores como condições de alimentação, moradia, educação, meio-ambiente, trabalho, transporte entre outros. A saúde também é considerada como algo que não conseguimos mensurar quantitativamente, e que as pessoas, têm direito à promoção, prevenção e recuperação da saúde. Por último,

esse conceito preconiza que a população brasileira deve participar ativamente, por meio dos Conselhos de Saúde, na construção dessas novas políticas públicas (BRASIL, 1986).

Pessini e Barchifontaine (2002) ressalvam mais três declarações importantes para a promoção da saúde: a Conferência da Austrália de 1988, na qual as prioridades são as políticas públicas saudáveis, a atenção voltada para a mulher, a criação de ambientes favoráveis, entre outros aspectos; a Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde de 1991, relacionando como interdependentes e inseparáveis a ecologia e a saúde; e a Quarta Conferência de 1992, em Bogotá, que traz como desafio conciliar todos os interesses econômicos às melhores condições sociais de bem-estar.

O novo modo de ver a saúde deixa para trás o modelo biomédico, que era apenas o olhar biológico unidirecional para a pessoa, abrindo as portas para o modelo biopsicossocial que aponta os acontecimentos sociais, psicológicos e biológicos como determinantes para analisar os estados de saúde e doença de uma sociedade.

Sobre esse poder unidirecional, no qual as ciências médicas são vistas de forma isolada, não só se tem uma visão limitada dos aspectos biológicos referentes à doença, como também não há a preocupação com os aspectos sociais interligados a esse processo. A visão dualista de corpo e mente é predominante no modelo biomédico (VILELA; MENDES, 2000 apud SERPA, 2007).

Para Traverso-Yépez (2001), o modelo biomédico tem seu alicerce durante os séculos XVIII e XIX, quando qualquer alteração física é explicada por fatores fisiológicos, bioquímicos, bacterianos e similares. Nesse mesmo período, médicos filósofos estudam e aplicam uma Medicina mais humanizada que existe até os nossos dias, com abordagens homeopáticas e menos agressivas. Por mais que as duas concepções caminhassem juntas, o modelo biomédico se fortaleceu nas condutas de atendimento ao paciente, no qual a doença era um problema gerado pelo corpo e nenhuma outra influência era levada em consideração. A partir dessa conduta médica, houve um grande crescimento no poder da indústria de remédios e de aparelhos super modernos, gerando maiores gastos com a saúde.

Stroebe e Stroebe (1995) relatam que quando só focalizamos as causas biológicas, que é o caso do modelo biomédico, fatores importantes do social e do psicológico são ignorados na detecção dos motivos da doença, gerando poucos recursos para a orientação da prevenção.

Traverso-Yépez (2001) ressalta que, na década de 1970, o processo de interdisciplinaridade começa a ser constituído. Psicólogos, sociólogos e antropólogos se unem, propiciando a estruturação da Psicologia da Saúde. O intuito desses profissionais era a promoção, prevenção e tratamento de doenças como políticas públicas para a melhoria sanitária das pessoas. Quando esse modelo foi concebido, recebeu o nome de modelo biopsicossocial, que se preocupa com os comportamentos relacionados à saúde.

A partir da década de 1970, Adam e Herzlich (2001) relatam que os modelos psicossociais vêm mostrar a sua importância, quando os adoecimentos são associados às questões também emocionais e sociais das pessoas, como o estresse, que pode desequilibrar o estado de saúde de uma pessoa. O estresse pode estar relacionado à perda de emprego, morte na família e até mesmo ao nascimento de um filho. O fato é que pessoas expostas a um mesmo evento podem ou não reagir de forma diferente, por conta dos fatores mediadores (ADAM; HERZLICH, 2001).

Para Helman (2003), o conceito de estresse sofreu modificações desde o início de sua pesquisa. O primeiro estudioso sobre o assunto foi Hans Selye, que tinha um enfoque mecanicista e uma visão exagerada dos fatores fisiológicos como a causa do aparecimento do estresse. O autor destaca que, atualmente, as experiências estressantes estão mais relacionadas a fatores psicológicos e sociais como a personalidade da pessoa, o grau de escolaridade, o ambiente social em que está inserido, a situação econômica e a cultura da pessoa. O estresse pode ser fator desencadeante e causador de doenças, já que diminui a resistência das pessoas a processos patológicos.

Para Menegon e Coêlho (2006), falar de saúde e doença é levar em consideração aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais compartilhados

com vários saberes e conhecimentos transdisciplinares, articulando-os para a produção de conhecimentos.

Segundo Adam e Herzlich (2001), são importantes as reflexões sobre o aspecto social e biológico na determinação dos aspectos de saúde e doença em uma sociedade.

Fonseca (1997) argumenta que esses fatores sociais e biológicos, determinam as condições de saúde e doença e que são baseados na visão da Epidemiologia Social, ou seja, os processos de saúde e doença são baseados em manifestações biológicas e sociais, tanto no individual como no coletivo. De acordo com o autor, fazer uma análise superficial do que nos torna saudáveis ou doentes, só nos deixa suscetíveis a erros na determinação do que é doença e/ou saúde.

Adam e Herzilich (2001, p. 55) expõem que as variações entre as classes sociais não são suficientes para determinar os estados de saúde e doença. Uma das explicações postuladas são os processos de seleção social, “[...] em que o acesso à determinada categoria sócio-profissional depende, entre outros fatores, da saúde [...]. Os autores citam um artigo de Jacques Vallin (s/d) que relata que para se conseguir destaque na sociedade os caminhos ficam mais fáceis para as pessoas que têm as melhores qualidades físicas e mentais. Por mais atual que seja essa publicação, vemos nesta afirmação a presença dualística e dicotômica de físico e mente.

O acesso a determinada categoria sócio-profissional depende, entre outros fatores, da saúde. Para conquistar os melhores lugares na sociedade, é necessário provar que possui qualidades o que fica facilitado para os indivíduos mais saudáveis física e mentalmente. (JACQUES VALLIN s/d apud ADAM; HERZLICH, 2001, p. 54).

Em contrapartida, Adam e Herzlich (2001) apontam a causalidade social. Esse termo é explicado epidemiologicamente com o significado de fator de risco. Quando pensamos em fatores de risco, nem sempre quem está em uma classe socioprofissional mais elevada terá como fator determinante o estado de saúde. Ritmo de trabalho e insalubridade são fatores que não podem ser descartados.

A causalidade social revela a subjetividade nas análises feitas, quando nos deparamos com fatores socioprofissionais. Becker (1976 apud STROEBE; STROEBE, 1995) complementa esse discurso quando leva em consideração a abordagem econômica, afirmando que a maioria, ou senão todas as mortes ocorridas no nível social dos mais favorecidos são suicídios, quando vemos que poderiam ser adiadas se tivessem trabalhado de forma menos intensa, prestando mais atenção ao que o corpo quer falar.

Podemos ver que a relação trabalho-saúde exerce influência das mais variadas formas possível pode ou não ser saudável, como ter ou não saúde independe de estar ou não em uma classe financeiramente privilegiada. É preciso analisar o ritmo de trabalho, onde se está trabalhando, o período do dia e riscos de acidentes e poluição para ver o nível de insalubridade (ADAM; HERZLICH, 2001).

Outro fator apontado por Adam e Herzlich (2001) e por Boltanski (2004), que pode exercer influência na saúde das pessoas, é em que situação o tratamento médico é procurado. Quantitativamente, não existe diferença na procura ao atendimento médico entre as classes sociais, mas qualitativamente sim. A classe popular procura o atendimento médico com intenção curativa, portanto, em situações mais graves e a hospitalização é mais frequente. Já as camadas privilegiadas estão em busca da prevenção ao procurar o médico. Também para os autores, as pessoas de classes de renda superiores vão direto para um especialista, pois conseguem entender o sistema de tratamento, ao contrário das pessoas de classes de poder aquisitivo menor. No entanto, devemos considerar que nem sempre a classe com menor renda tem possibilidades de procurar ou de ter acesso a um especialista, no quadro de atendimento do Sistema Único de Saúde.

Os conceitos sobre saúde e doença dependem das representações que as pessoas têm sobre o que estão sentindo: Estou com dor? Preciso tomar remédio? Por que eu posso continuar a trabalhar se estou doente? Na sociedade, a doença é interpretada de forma específica, mas “[...] a concepção que temos de doença manifesta nossa relação com a ordem social” (ADAM; HERZLICH, 2001, p. 76). As noções de representações sociais de saúde e doença são independentes do saber médico e sim, são dadas pela interpretação que essa pessoa está sentindo em conjunto ao seu meio social, ou seja, ao local em que vive.

Outra questão levada em consideração é a dinâmica entre o médico e o paciente. As respostas transmitidas a todas essas indagações são chamadas por Adam e Herzlich (2001) da competência médica pelo doente, isto é, as construções das concepções de saúde e doença elaboradas pelo paciente, independem do conhecimento médico acadêmico, já que a linguagem utilizada pela classe médica, muitas vezes, não atinge o entendimento e a compreensão de quem os procura. O paciente dá sentido às suas experiências individuais, para compreender assim, a sua realidade orgânica e à compartilhar na sociedade.

Boltanski (1979) afirma que a barreira linguística redobra a distância do médico e doentes de classes populares, já que esses, para o poder médico encontram-se nos mais baixos níveis de instrução, impedindo-os de entender tais conhecimentos, cabendo aos doentes apenas seguir o que foi recomendado.

O discurso coletivo não é, portanto uma cópia mais ou menos exata do discurso médico, uma enumeração de sintomas e de fenômenos orgânicos. Ao contrário, os sintomas, as disfunções organizam-se em “doença” na medida em que eles provocam alterações na vida do doente e em sua identidade social (ADAM; HERZLICH, 2001, p. 77).

Boltanski (1979) ressalta que esse conhecimento médico do paciente, nada mais é que a reprodução imitativa de um diagnóstico precedente. Em sua pesquisa, mães de classes populares foram indagadas de onde vinha o conhecimento para o tratamento de seus filhos sem o diagnóstico de um médico, e elas responderam que administravam aos filhos os mesmos remédios e cuidados referentes à última visita ao médico. O autor relata que esse fato acontece porque as classes menos favorecidas não possuem critérios que lhes permitam ver as qualidades desses mesmos médicos.

Em contrapartida, os de classes superiores escolhem o seu médico de acordo com sua reputação e títulos. Essa situação ocorre porque as pessoas de classes menos favorecidas que procuram o atendimento médico não têm condições financeiras de procurar um especialista ou atendimento particular, e este empecilho não é encontrado nas classes superiores (BOLTANSKI, 1979).

Se o desamparo dos membros das classes populares diante da doença não tem equivalente nas classes superiores, é o primeiro

lugar porque o médico, para estas últimas, não é o delegado anônimo da instituição médica, mas um personagem familiar, do qual se pode apreciar a competência e o valor, em que se pode apreciar a qualidade do homem atrás do profissional (BOLTANSKI, 1979, p. 54).

Boltanski (1979) relata que há diferenciação na transmissão de informações, dependendo da relação que este médico tem com seu paciente. Se o paciente é de classe equivalente à dele, as explicações serão mais detalhadas. Já quando o discurso médico é transmitido para os de classes populares, é necessário que o usuário faça uma decodificação dos dados. As informações dadas pelo médico são em ordem decrescente da hierarquização social.

A recusa de fornecer ao doente um mínimo de informações sobre o seu corpo e doenças, em função essencialmente de impedi-lo de manter com o corpo uma relação científica e reflexiva com a doença, essa atitude tem consequências inversas, pois leva o doente à obrigação de construir com seus próprios meios, ou seja, “com os recursos de bordo”, o discurso sobre a doença que o médico não transmitiu (BOLTANSKI, 1979, p. 61).

Quanto mais difícil se torna a linguagem do médico para o entendimento do usuário, mais distante essa relação se torna. O usuário não segue as indicações prescritas, e o médico faz o papel de autoridade em suas determinações. Podemos observar que precisam ser melhores elucidados os fenômenos que envolvem as relações das situações de doença entre médico-usuário. Deve ser levado em conta que a sociedade possui crenças diferenciadas, conhecimentos individuais e coletivos, isto é, o entendimento da doença não é igual para todos. Para que essa relação seja de compartilhar e não apenas de informar com o saber médico unidirecional, é preciso um trabalho transdisciplinar, no qual os profissionais da área de saúde possam partilhar práticas e saberes (BOLTANSKI, 1979).

Muito embora Boltanski tenha feito essas afirmações no final da década de 1970, na atualidade, por conta dos diversos programas de atendimento à saúde, pelo menos no Brasil, podemos inferir que esse conhecimento já esteja mais ampliado.

Para Menegon e Coêlho (2006), esse é um caminho necessário para que se possa estabelecer relações com os campos do saber, que vão desde estudos científicos, passando pelas áreas da saúde, até o conhecimento leigo que muitas vezes é ignorado na compreensão das representações sobre saúde e doença.

Stroebe e Stroebe (1995) observam a importância da ampliação do modelo biomédico para uma visão na qual os fatores psicológicos, biológicos e sociais sejam determinantes para a avaliação do estado de saúde do usuário, bem como para a prescrição e realização do tratamento.

Para Adam e Herzlich (2001), o conceito pessoal de saúde e doença nada mais é que a interpretação social que ela tem relacionado diretamente a sua cultura adquirida, isto é, os sinais e sintomas atribuídos às diferentes partes do corpo variam conforme a cultura de diferentes sociedades.

Serpa (2007) realizou uma pesquisa com 27 usuários do Sistema Único de Saúde com diabetes e hipertensão de classes menos favorecidas, como intuito de analisar o que é saúde e doença para essa população. Os resultados revelaram que os participantes veem a saúde como ausência de sintomas da doença. Essa visão é preocupante, tendo em vista um investimento que é feito na área da saúde junto a esses programas. Seria interessante que eles fossem analisados, uma vez que, o objetivo desses programas não seria alcançado. Destacou-se ainda que a maioria da população participante era constituída por mulheres, como se fosse somente papel feminino o ato de cuidar da saúde (SERPA, 2007). Podemos inferir que esta prática se deve ao fato de as mulheres frequentarem mais as Unidades Básicas de Saúde (UBS) por conta de questões ligadas a sua própria saúde, como a menarca e a gestação. Isso revela também que essa aproximação maior se dá quando essas mulheres levam suas crianças à UBS, pois esse não é um papel exercido com grande frequência pela população masculina.

Vê-se em Sabroza (2008) que os processos e formas de conjunturas socioespaciais anteriores continuam atuantes nas novas organizações, ou seja, modelos antigos e presentes podem coexistir em nossa realidade. Os conceitos sobre saúde e doença são definidos por questões centrais, por haver interação com outros conceitos, sempre definidos e determinados por um período histórico.

Segundo Adam e Herzlich (2001), as políticas de saúde têm se esforçado para que as informações com relação à manutenção e promoção da saúde sejam difundidas por meio de informações sobre a necessidade de se incorporarem vínculos sociais para que haja mudança desses comportamentos arraigados com o passar dos anos. Existem crenças e valores que cercam cada grupo social. As noções de saúde e doença são processos qualitativos, não são experiências exclusivamente individuais, mas contam também, com articulações do ambiente social com fatores biológicos, psicológicos e culturais de uma sociedade, totalmente entrelaçados em suas práticas cotidianas.

Para Spink (2003), a Psicologia Social passou por várias fases até chegar ao entendimento atual. Ela já teve influência da teoria Psicanalista e, para explicar os processos de saúde e doença, utilizou o universo interno da pessoa. Relacionou o emocional e a personalidade para o entendimento das doenças e, posteriormente, deu valor aos aspectos psicossociais. Agora, passa a destacar as representações nos processos de saúde e doença, estudando as construções do entendimento do coletivo, além da relação do conhecimento leigo com o acadêmico, assumindo papel fundamental para o entendimento desse mundo atual.

Uma das teorias que está sendo utilizada para dar entendimento a esses processos é a Teoria das representações sociais e suas particularidades, que serão discutidas a seguir.

1.2- Considerações sobre as Representações Sociais

A Psicologia Social se preocupa em estudar como organizamos a tão complexa estrutura social em que vivemos. Complexa porque esse mundo é composto por inúmeros grupos únicos e diferentes entre si. A idéia central da Psicologia Social é estruturar esse ambiente social e físico, de forma que esta complexidade seja entendida, tentando dividi-lo em categorias de objetos, acontecimentos, pessoas e idéias.

O embasamento teórico para os estudos das representações sociais vem de contribuições da Linguística, Antropologia, Psicologia Cognitiva e da Psicologia

Social. Podemos ver que existe uma característica transdisciplinar quando discutimos tais estudos e o ser humano em seu habitat (SEMIN, 2001). Jodelet (2001) complementa situando que, há mais de vinte anos, os estudos sobre a representação social vêm acontecendo de forma crescente, ocupando posição de destaque nas Ciências Humanas e Sociais. Foi Durkheim o primeiro estudioso a analisar as produções mentais, construídas de uma idéia coletiva.

Segundo Minayo (2002), Durkheim foi precursor em trabalhar a representação coletiva do ponto de vista da Sociologia. Na Sociologia, o pensamento surge sempre ligado a fatores sociais passíveis de observação e interpretação. Durkheim tem em seus estudos uma visão unidirecional, considerando as Representações Coletivas como sendo de uso exclusivo da Sociologia.

De acordo com Moscovici (2001), Durkheim começa seus estudos por volta de 1895, separando as representações coletivas das individuais, para estudar os mais variados fenômenos sociais. Durkheim (1968 apud MOSCOVICI, 2001) descreve que o conhecimento é compartilhado por todos e é elaborado pela comunidade em questão, já que nenhuma marca individual é detectada. Relata ainda que as representações coletivas possuem mais estabilidade que as individuais, pois o indivíduo visto de forma isolada é mais suscetível a sensibilizações, afetando o seu equilíbrio interno. Ao contrário, para que as representações coletivas sejam desestruturadas, é necessário um evento muito poderoso para desequilibrar a sociedade.

A objetividade de Durkheim é muito criticada por estudiosos de outras linhas de pensamento, como os estudiosos da Sociologia Compreensiva, que tem como palavras-chaves as ideias, o espírito, as concepções e a mentalidade muitas vezes utilizada como sinônimos, e da Abordagem Fenomenológica que segundo Lopes e Souza (1997, p.06), “[...] busca o fenômeno através de quem vivencia uma determinada situação.” O que é mais criticado na visão de Durkheim é que é eliminada a diversidade da realidade social, em especial as divergências e diferenças de classes.

Minayo (2002, p.89) argumenta que a terminologia de representação social vem da Filosofia e tem como significado, “[...] reprodução de uma percepção

retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento.” Serve de grande material de estudo, pois deixa registrada as mais diferentes formas do pensamento social no decorrer da história, sendo que as taxonomias de pensamento são explicadas, justificadas e questionadas.

De acordo com Arruda (2002), a preocupação com as situações simbólicas do cotidiano começou a florescer nos anos de 1960. Observa que não houve aprofundamentos teóricos pertinentes nessa época, e seu estudo começou a ter mais atenção a partir de 1980. A autora observa que o interesse pelas representações sociais não é herança particular de apenas uma área, mas possui raízes na Sociologia, na Antropologia e, principalmente, na Psicologia Social desenvolvida na França por Serge Moscovici, com sua obra *La Psychanalyse, son image, son public*, e aprofundada por Denise Jodelet. Esses estudos são estruturados em teorizações, passando a ser utilizados em outros campos de conhecimento, como na saúde, na educação, na didática, no meio ambiente, entre outros.

Minayo (2002) relata que a ação humana deve ser investigada por ser significativa para o entendimento do contexto e da realidade social. A abordagem fenomenológica, que utiliza a palavra senso comum, recorre aos estudos das representações sociais. Os fatos são elaborados a partir do dia-a-dia, tendo significância o grupo social em que a pessoa vive, pois todos pensam e agem conforme suas experiências sociais.

Um dos principais estudiosos da representação social é Moscovici. Ordaz e Vala (2000, p.88) argumentam que a reformulação psicossociológica do conceito de representação coletiva de Durkheim proposta por Moscovici abriu a era dos estudos das representações sociais. Sendo assim, outros estudos, simpósios e muitos meios de comunicação fizeram referências às representações sociais (JODELET, 2001).

Moscovici (2001) descreve que o estudo das representações sociais ficou em desuso por quase meio século, sendo retomado por ele e por outros psicólogos sociais, no início dos anos de 1960, com o intuito de estudar o comportamento e a

relação social sem simplificações e deformidades, associando o pensamento e a comunicação que formam o senso comum.

Sobrinho (2000) relata que Moscovici demonstrou que os processos de comunicação social são muito dinâmicos, e que não se pode dicotomizar o comportamento do universo interior e exterior da pessoa ou grupo social. O estímulo e a resposta são inseparáveis.

Uma resposta não é estritamente uma reação a um estímulo. De certa forma, a resposta já está na origem do estímulo, o que significa que este último é determinado em grande parte pela própria resposta (SOBRINHO, 2000, p.119).

Segundo Palmonari e Zani (2001, p.265), as representações sociais se formam “[...] por meios dos processos de objetivação e de ancoragem, como descreveu Moscovici desde seu primeiro trabalho.” Para Ordaz e Vala (2000), o processo de objetivação vê as formas pelas quais um conceito é pensado e objetivado, isto é, um fenômeno visto de forma natural. Já a ancoragem é quando algo é transformado de não familiar em familiar, por meio da familiarização com as representações sociais que, quando internalizadas, se tornam funcionais. Isso acontece por causa do poder da relação da comunicação com o social, transformando o que é desconhecido e novo, em algo familiar.

Arruda (2002, p.129) diz que a “[...] ciência não acontece em uma bolha isolada da sociedade”. É necessário considerar que os agentes estão introduzidos em ambientes sociais, e que esses agentes têm uma visão diferenciada dos objetos, tendo diferentes sistemas de identificação com seus atores. Sobrinho (2000) também comprehende que os fenômenos sociais não são formados em um vazio social e não constituem um produto de classificação de objetos.

Segundo Sá (1995 apud LIMA, 2005), as representações sociais podem ser formadas em todos os ambientes em que temos contato com os nossos semelhantes.

[...] as representações também se formam em lugares onde as pessoas se encontram informalmente e se comunicam, como no almoço, jantar, fila de banco, ônibus, supermercado, trabalho, escola

e salas de espera. São pensamentos de um ambiente, onde se desenvolve a vida cotidiana [...] (SÁ, 1995 apud LIMA, 2005, p.17).

De acordo com Jodelet (2001), para estudar as representações sociais são utilizados vários métodos de pesquisa, que vão desde os estudos aplicados em laboratórios até pesquisas de campo, por meio de entrevistas, questionários, observações e associações de palavras. As representações sociais são construídas a partir dos assuntos da sociedade dos mais diversificados, podendo ser citados, entre outros, a cultura, a religião, a política, o trabalho, o corpo, a sexualidade, as pessoas, as etnias e o esporte.

Spink (1993) enfatiza que as representações são fenômenos sociais, portanto são entendidas por meio das funções simbólicas, ideológicas e dos meios de comunicação, ou seja, são socialmente organizadas e compartilhadas, possibilitando a constituição de um fato em comum.

Para Semin (2001), as representações sociais fornecem uma perspectiva de análise a partir de uma pessoa ou um grupo que observa algo, interpretando acontecimentos ou situações. Basta, para quem analisa, fazer uma simples pergunta para gerar uma representação social, oferecendo assim interpretações do mundo social e físico.

Segundo Abric (2000), toda representação de um objeto e também de uma pessoa é estudada de uma forma global e unitária e tem como função reestruturar a realidade para integrar as características objetivas do objeto às experiências anteriores da pessoa e sistematizar atitudes e normas.

[...] as representações sociais constituem uma forma de metabolizar a novidade transformando-a em substância para alimentar nossa leitura de mundo e assim incorporar o que é novo (ARRUDA, 2000, p. 72).

Jodelet (2001) descreve que, para vivermos em sociedade, precisamos compreender o mundo em que estamos inseridos, para que possamos saber nos comportar perante as situações que ocorrem em nosso dia-a-dia. Por não vivermos de forma isolada, compartilhamos idéias e modos de pensar iguais ou diferentes dos

nossos. Sendo assim, quando tomadas certas decisões, podemos nos posicionar em determinados grupos que fazem parte do mesmo modo de análise crítica de uma situação, isto é, grupos que orientam e organizam nossos comportamentos. Para formar a representação social de uma ideia, a pessoa pega referências do que é vinculado ao seu redor. A mídia escrita e falada nos dá subsídio para esquematizar e interpretar essas representações, não se esquecendo de que elas são formadas da maneira mais natural possível.

Sperber (2001) afirma que, na prática, só podemos construir uma representação por meio de outra representação semelhante já existente. Uma Representação não consegue ser descrita pela pessoa e sim traduzida, resumida, interpretada e desenvolvida por outra pessoa.

Jodelet (2001, p. 22) relata que a sociedade científica caracteriza representação social como “[...] uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e compartilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Essa construção da representação social se dá por meio da internalização de uma realidade exterior, que pode ser uma pessoa, um objeto ou uma situação sendo exposta para a sociedade depois de passar por uma elaboração mental e psicológica. O estudo das representações é feita por meio de um processo complexo de conceitos sociológicos e psicológicos, e é apenas o começo de um sistema teórico de análise das relações sociais. Ela articula elementos afetivos, mentais e sociais com os elementos cognitivos, lingüísticos e de comunicação. A autora observa que a representação social é a representação de algo ou alguém, construída de forma mental, que pode ser uma expressão individual ou coletiva dessa determinada representação.

Segundo Abric (2000), são quatro as funções das representações sociais na dinâmica das relações: a primeira é a função de compreender e explicar a realidade, ou seja, permite que a pessoa adquira conhecimentos para conseguir compreender a si mesmo em integração com seu funcionamento cognitivo e os valores que ele leva em consideração. A compreensão destes conhecimentos é fundamental para a comunicação social. A segunda função é a de definir a identidade e possibilitar a proteção da especificidade dos grupos. Esta característica faz-se necessária para que os grupos consigam se identificar e se distinguir de

outros grupos, em um papel de coletividade sobre cada um dos participantes do grupo social. A terceira função é guiar os comportamentos e as práticas sociais definindo o que é certo e errado, tolerável e insuportável em um determinado momento social; e a quarta função é justificar as tomadas de posição e comportamentos perante seu grupo visando relações amigáveis. Esta representação tem como objetivo justificar a diferenciação social dos grupos e também estereotipar as pessoas de um mesmo grupo, facilitando a discriminação ou a conservação do envolvimento social entre eles.

Cardoso e Arruda (2004) relatam que existem três propriedades principais que caracterizam as representações sociais: são socialmente elaboradas e compartilhadas, possuem função prática de organizar e estruturar o meio em que vivemos e diferenciam um grupo do outro, dando-lhes características particulares.

Segundo Arruda (2002, p. 129), as “[...] teorias das representações sociais trabalham com o pensamento de uma sociedade, em sua dinâmica e em sua diversidade [...]”, isto é, a subjetividade impera na construção da representação da pessoa, do grupo em que participa e dos grupos que a cerca.

Duveen (2002) observa que as representações sociais são sempre construtivas, dando à pessoa a garantia de se encontrar e se situar neste mundo, pois, quando estas representações são internalizadas, expressam a relação da pessoa com o mundo a que está habituado, garantindo sua segurança e que encontre uma posição neste mundo.

Moscovici (2001), em um dos seus trabalhos discorre que o indivíduo, ao elaborar os seus próprios pensamentos e sentimentos sobre um determinado assunto, sofre muita influência das representações dominantes de uma sociedade. Pode-se observar que cada sociedade tem uma maneira de pensar, ou seja, cada tipo de mentalidade é distinta conforme suas instituições e práticas sociais.

De acordo com Sperber (2001), as representações se relacionam com várias situações: a própria representação, o que ela contém, quem a utiliza, citado pelo autor como usuário, e o produtor da representação. O autor relata que a representação mental que temos de um assunto ou objeto pode existir no interior do usuário e essa representação mental, pode existir no meio ambiente quando é

externada. Como exemplo, pode-se citar um texto que, ao ser lido pelo receptor, se transforma em representação pública. Uma representação mental só tem um usuário e a pública pode ter de um a vários usuários.

Observa-se que cada membro de uma sociedade seja ela qual for, possui milhares de representações mentais, sendo umas transitórias e passageiras, e outras fixadas por muito mais tempo. Essas que ficam arraigadas constituem o saber da pessoa, sendo só algumas destas representações mentais externalizadas, formando as representações públicas, que levam outro usuário a construir uma nova representação mental semelhante à inicial. Pequena parte dessas representações públicas é repetida por muitas vezes, podendo ser comunicadas para todo o grupo, criando assim uma versão mental em cada uma das pessoas pertencentes a este grupo. Este conjunto de representações mentais e públicas, que são compartilhadas pelo mesmo grupo, é chamado de representações culturais e são estudadas principalmente pelos antropólogos, por meio de um estudo interpretativo e metodológico das falas de um grupo social, para que haja uma maior tolerância com a diversidade cultural (SPERBER, 2001).

Harré (2001), em seus estudos, descreve que o conceito de representação social deve ir além da função de explicar na teoria o comportamento dos grupos de uma sociedade. As representações sociais estão na língua falada e escrita, nas estruturas formais e na organização dos signos linguísticos com os quais a pessoa não só se expressa, mas se comunica, cria novos conhecimentos e entende o conhecimento de outras pessoas da sua civilização e também de outras. O autor observa que, quando aprendemos o vocabulário das emoções, não estamos aprendendo a classificar somente as sensações corporais, mas também o que é moralmente certo e errado dentro do senso comum.

De acordo com Jovchelovitch (2002), por meio das representações sociais podemos reafirmar a produção de significados. Ser diferente só é possível quando entendemos as fronteiras dos outros, podendo tais fronteiras serem desafiadas e transcendidas como efeito da vida em sociedade. Isto se traduz pelo fato de que as pessoas vivem em contato umas com as outras, não existindo a vida “[...] sem a presença de outros seres humanos”. (JOVCHELOVITCH, p. 83).

Como foi apresentado, as representações sociais dependem das relações que as pessoas têm com um objeto, nas vivências grupais. É fato que antes de ser elaborada qualquer consideração sobre um determinado assunto, é fundamental que seja realizada uma análise dos significados que são expressos pela sociedade. E é o que acontece quando estamos falando da representação social do corpo. Para podermos entender como as pessoas conferem a representação deste corpo na contemporaneidade, faz-se necessária uma investigação relativa a essa realidade com o passar dos tempos, o que será feito a seguir.

1.3- Representações sobre as Concepções de Corpo

Observa-se que a construção dos significados sobre as representações sociais, de uma forma geral, depende dos aspectos das relações e vivências grupais de uma sociedade em uma determinada época. Antes de ser elaborada qualquer consideração sobre um assunto, deve ser feita uma pesquisa para analisar o entendimento das pessoas sobre este assunto em um determinado período. Não poderia ser diferente quando nos referimos às construções das representações sociais relacionadas ao corpo.

Um corpo não é apenas um corpo. É também o seu entorno, é um sem-limite de possibilidades sempre reinventadas e a serem descobertas. Não são as semelhanças biológicas que o definem, mas, os significados culturais e sociais que a ele se atribuem (LADISLAU; PIRES, 2007, p.2).

Cavalcanti (2005) afirma que podemos identificar com muita clareza os significados e representações sobre o corpo quando fazemos uma retrospectiva de cada tempo vivido, podendo estruturar a sociedade de cada época.

Lacerda (2007) observa que, em época pré-histórica, o corpo tinha seus significados e atribuições. O autor relata que a destreza e a agilidade do corpo são alcançadas pelo homem da pré-história por meio das atividades do dia-a-dia.

O corpo próprio do pastor nômade pré-histórico, cujo dia-a-dia se traduzia na luta pela sobrevivência, era um corpo em movimento: marchar, trepar, correr, saltar, lançar, levantar, transportar, fazia parte do seu repertório motor; a excelência da performance

manifestava-se por meio do sucesso na defesa contra os perigos a que se expunha diariamente (LACERDA, 2007, p. 394).

Já na Antiguidade Clássica, um corpo robusto era obtido por meio do exercício, enquanto a leitura e a música são utilizadas para enriquecer o espírito. Pode-se observar que as raízes da dicotomização do corpo já se encontram desde esse período (LACERDA, 2007).

Na Idade Média, o corpo se fragmenta em duas unidades: o espírito, habitado pela alma, sinônimo de salvação e fonte de pureza, e o corpo físico, no qual tudo de negativo e maldoso era depositado, como as doenças e a tentação (LACERDA, 2007).

Suassuna et al. (2005, p.33) retratam o corpo nos tempos da Idade Média como uma dualidade, ou seja, corpo e espírito. Para essa época, “[...] o espírito era indestrutível, transcendente e sublime”, por outro lado, a matéria tinha significado antagônico de “[...] fadada à degradação e à decomposição, por ser portadora de dignidade menor.” De acordo com Pereira (2008), na Idade Média, tudo era escuro e sombrio. No Renascimento, que sucede esse período, a beleza era atribuída aos castelos construídos de mármores e de formas claras, isto é, tudo para ser visto, refletindo essa realidade também nos corpos. Para Marques (2007) e Vasconcelos, Sudo e Sudo (2004), no período Renascentista, ao contrário da Idade Média, a beleza estava na harmonia das formas, em sua delicadeza e na idealização de silhuetas perfeitas. Ser uma mulher feminina tinha o seu valor nessa época, e era um atributo necessário para ser reconhecida social e moralmente. Nesse período, ser feio era sinônimo de inferioridade social.

Influenciado pelo renascimento italiano há uma preferência pela perfeição física e espiritual. Neste período o ideal de beleza física feminina é de um corpo mais roliço, de ancas largas e seios grandes, opondo-se ao ideal feminino da época medieval caracterizado por um corpo estreito, de ancas e de seios pequenos (VASCONCELOS; SUDO; SUDO, 2004, p.06).

Na Idade Moderna, vê-se ainda um corpo dicotomizado, mas agora por outras razões. A estrutura capitalista faz com que a pessoa esqueça seu espírito,

pois há um aperfeiçoamento técnico para a produção de trabalho, fazendo-a esquecer que também é participante e autora da história. Sendo assim, a pessoa era apenas considerada como produtora de trabalho, sendo esquecida sua produção mental. Breton (2003) afirma que os anatomicistas que vieram antes de Descartes, que dissociavam implicitamente a pessoa de seu corpo, e a filosofia mecanicista, que é o estudo dos fenômenos tratados de forma mecanizada, dão início ao dualismo do corpo que é visto na Modernidade. O autor deixa claro o uso paradoxal das palavras corpo e máquina no século XVII e nos dias atuais, evidenciando que a representação dessas palavras pode ter significações muito diferentes.

[...] a assimilação mecânica do corpo humano que põe de lado a densidade do homem traduz na modernidade a única dignidade que é possível conferir ao corpo. Não se compara a máquina ao corpo, compara-se o corpo a máquina (BRETON, 2003, p.19).

Na Modernidade, o corpo é descrito como “[...] uma célula autônoma ou por várias células funcionando de modo integrado.” (SUASSUNA et al. 2005, p.30). Nessa citação, podemos ver que o corpo tem como maior importância a sua funcionalidade e é desprovido de qualquer espiritualidade. Segundo Breton (2003), a visão do corpo como apenas produtor de trabalho tem ligação direta com a visão da filosofia mecanicista de Descartes, do século XVII, segundo a qual esse corpo faz parte da engrenagem do mundo e a inteligência é desprendida do corpo físico, ou seja, a pessoa não sente. Para os estudiosos desse período, o corpo tem significado de “máquina maravilhosa”, atribuindo-se a esse corpo a visão mecanicista da época Moderna. Entretanto, esse corpo envelhece e está sujeito a danos irreparáveis, não sendo tão confiável quanto a máquina. Pelo menos a metáfora dá a esse corpo certa dignidade, transformando-o em algo mortal. Novaes (2006) afirma que uma vez que esse corpo tem seu esgotamento precoce para a produção capitalista, ele é liberado de ser corpo-ferramenta e se torna corpo-consumidor.

Dissociado de si e dos outros, da natureza, da coletividade e de um sistema que o engedra, o corpo torna-se uma esfera independente e voltada para si. Nasce uma nova rede de significações que o envolve, na qual um saber anatômico e um modelo mecanicista se fazem presentes, projetando um novo olhar sobre o corpo humano (NOVAES, 2006, p.52).

Novaes (2006) relata que, com essa visão individualista, as pessoas criam hábitos privados, atendendo às necessidades naturais, cabendo somente a elas a responsabilidade de suas ações e de seus comportamentos. Ser diferente dessas características é demonstrar na coletividade a sua origem, fugindo do hábito privado, que é passível de rejeição social, sendo considerado um “corpo grotesco”.

Com o advento do individualismo, verifica-se que o corpo e seus hábitos tornam-se circunscritos à intimidade e ao âmbito da vida privada corrente; esta por último, por sua vez, passa a ser *locus* privilegiado para atender às necessidades naturais do homem. Em sua nova acepção, esse corpo adquire um sentido estreito e específico [...] dando origem a um corpo liso, fechado e sem asperezas. Qualquer traço involuntário ou que demonstre a sua origem na coletividade é imediatamente depreciado e rejeitado socialmente (NOVAES, 2006, p. 54).

Marques (2007), referindo-se à pintura da época Moderna, observa que o corpo encontra-se em mutação, e diz que as feições de feio e belo começam a existir e a caminhar juntas.

Nahoum (1987 apud NOVAES, 2006) descreve que a difusão desse olhar para o corpo deve-se a dois acontecimentos históricos. O primeiro se inicia graças à utilização dos espelhos, cujo uso foi ampliado e utilizado nas habitações e a que chamou de “à técnica da feiúra pelos espelhos”. Até o começo do século XVII, o espelho somente era empregado e restrito para a elite. Somente no século XX ele começou a ser colocado em casas populares e era considerado um instrumento banal, sendo colocado entre utensílios e mobiliários domésticos. O segundo fator apontado é o aprimoramento de nossos sentidos: a visão recebe uma atenção especial no que diz respeito à representação corporal e torna-se um fator primordial para a concepção moderna das formas e percepção dadas ao corpo.

Outro fato desse período, apontado por Vasconcelos, Sudo e Sudo (2004) é a mudança da percepção de gordura nos corpos das pessoas. Antes, o corpo roliço era visto como sinônimo de prosperidade, pois mostrava que se usava manteiga, nata e açúcares, privilégios dos prósperos. Mais tarde, a beleza passa ser vista na simplicidade e em corpos mais esguios, ditando o padrão de beleza para o início do século XIX.

Novaes (2006) relata que, com o aprimoramento da utilização da visão, o pudor emerge como um sentimento moderno, mudando o olhar sobre o corpo, sobre seus comportamentos e os modos de viver socialmente. Com o desenvolver tecnológico, as imagens dos corpos são difundidas para o olhar dos habitantes de uma sociedade.

Segundo Romero (2008), a pessoa reúne um número de valores e virtudes morais e intelectuais que, para ele, são necessários e considerados essenciais para as relações. Observa-se que não se pode ter a visão apenas mecanicista da ordem biológica dos fatos, mas sim a reunião de traços culturais e do tempo vivido de cada pessoa e de cada sociedade para podermos traçar o perfil dos valores da época estudada com relação ao seu modo de pensar e agir.

Podemos ver no estudo das classes sociais e do corpo, de Boltanski (1979), realizada entre os anos de 1967 e 1968, que o significado e o grau de importância do corpo é diferente em relação aos cuidados estéticos, conforme o grau de ascensão social, ou seja, o corpo do trabalhador e do operário é esculpido pelo seu trabalho e utilizado para produzir força para a sobrevivência. Já para os corpos das classes de poder aquisitivo maior, uma atenção especial é dispensada aos sinais dados pelo corpo, já que há a redução do trabalho braçal e o aumento do intelectual. Boltanski (1979 apud SABINO 2002, p.181) afirma que “[...] a musculatura rígida e evidente surge como sinal de distinção social e poder, sendo que ter o corpo trabalhado por máquinas e drogas é diferente de ter um corpo de trabalhador.”

A valorização da “magreza” cresce quando se passa das classes populares às classes superiores ao mesmo tempo em que cresce a atenção dada à aparência física e que decresce correlativamente a valorização da força física, de maneira que dois indivíduos de mesma corpulência serão considerados como magros nas classes populares e gordos nas classes superiores [...]. (BOLTANSKI, 1979, p. 158).

Para Vasconcelos, Sudo e Sudo (2004), no começo do século XX, já era constatada a valorização do corpo em ambas as camadas sociais, mas cada uma com seu objetivo, isto é, para os trabalhadores era apreciada a força para realizar

trabalho e, para as classes mais favorecidas o corpo era valorizado com sentido estético.

No começo do século XX o estatuto do corpo continuava a depender do meio social. Os trabalhadores valorizavam a força física, o vigor e a resistência, em contraposição, a burguesia mantinha uma atitude mais estética, portanto a aparência física tinha uma representação importante para este segmento social, porém não se mostrava o corpo (VASCONCELOS; SUDO; SUDO, 2004, p. 07).

Lacerda (2007) relata que, na atualidade, podemos ver mudanças sociais, econômicas, científicas e tecnológicas, sendo a valorização do corpo uma realidade em expressão. Muitas áreas de conhecimento que vão da Filosofia ao Esporte se interessam em estudar como esse corpo é usado para as pessoas se expressarem e se comunicarem no ambiente social. Drogue (2002) afirma que as mudanças ocorrem por uma tríade que não pode ser separada: os aspectos sociais, culturais e corporais. Marques (2007) argumenta que, desde o início do século XX, pela influência da mídia, da moda e da ciência, já existe a preocupação de se atingir corpos perfeitos e jovens.

Vilhena, Medeiros e Novaes (2005) afirmam que se ver feio ou atribuir ao outro a feiura, revelam as concepções atuais que damos ao corpo. Novaes e Vilhena (2003) relatam que essas concepções modificam as relações interpessoais, produzindo vínculos e repercutindo em nosso comportamento em lidar com o estereótipo de ser feio.

Para Marques (2007), existem três grupos distintos de mulheres com relação à representação social de corpo na contemporaneidade: um grupo que faz tudo para atingir o padrão televisivo de corpo, baseando-se em atrizes e modelos; outro que faz de seus corpos telas para expressões artísticas, como enfeitar os seus corpos com *piercings*, tatuagens e modificações corporais, traduzindo, às vezes, para alguns, corpos expressivamente feios; e um grupo raro de mulheres que não se sentem influenciadas pela mídia, denominadas neutras, que possuem aspectos naturais representados em seus corpos.

Breton (2003) observa que o corpo atual é tratado de forma multifacetada e também como peças isoladas que podem ser trocadas por outras. Essa ação pode

ser encontrada nos atos das pessoas de forma automatizada e influenciada por questões terapêuticas, sem gerar nenhuma objeção, chegando a ter um caráter de conveniência pessoal. O corpo se torna um esboço a ser melhorado, ou seja, influenciado pela chamada tecnociência, na qual o corpo é tratado não no contexto da Biologia, mas sim da Engenharia. Portanto, fica proibido ao corpo amadurecer, envelhecer e morrer. O ciclo de vida que é visto por muitos de forma natural, para outros é tratada como um fardo que só a ciência pode corrigir e remodelar, na tentativa de transformá-lo em uma máquina inigualável. É o medo da morte.

O discurso do corpo fala das relações internas à sociedade: é a busca da felicidade plena. Palco privilegiado dos paradoxos e dos conflitos, o corpo que almeja sua singularidade é o mesmo que tenta negar a diferença e a alteridade. A eterna busca da imortalidade transforma-o em um corpo de encenações de obra de arte. Os discursos da saúde, da medicina, do erotismo, tamponam o real que o apavora: o mal-estar e a finitude (NOVAES; VILHENA, 2003, p. 10).

Goldenberg e Ramos (2002, p. 20), buscando o entendimento desse corpo no contexto atual, descrevem-no como em mutação e instável, já que a religião, a família, a política e o trabalho se encontram enfraquecidos, “[...] sendo possível imaginar que muitos indivíduos ou grupos estejam se apropriando do corpo como meio de expressão.”

De acordo com Breton (2003), na atualidade há o uso paradoxal das palavras corpo e máquina. Pelo medo de sermos seres finitos, tratamos os nossos corpos como máquinas, já que estas não morrem, são fixas e nada sentem. Na máquina, a dor e o prazer não existem, ficando também proibido ao corpo ter tais sentimentos. Sendo assim, o ser humano começa a arquitetar o seu corpo almejado na tentativa de torná-lo perfeito: cirurgias estéticas, *body building*, psicotrópicos entre outras transformações, são utilizados nesta obra da engenharia. “Mudando o corpo, pretende-se mudar a vida” (BRETON, 2003, p.22).

Filho (2006) relata que esse corpo atual é resultado de transformações ao longo dos tempos: a Revolução Sexual, a chegada da Psicanálise, os questionamentos cristãos, as conturbadas mudanças socioculturais como as grandes guerras e a autonomia da mulher, além dos avanços da Medicina, como a

troca de órgãos, ampliando o horizonte da vida com o perigo iminente da seleção genética.

Novaes (2006) observa que a prática corporal denominada *body building* teve seu início nos anos de 1980, alastrando-se pelo mundo da tecnologia como se os músculos fossem trabalhados, não só pelas máquinas de musculação, mas também pela máquina visual. A cirurgia estética é utilizada por pessoas que não estão doentes, mas querem transformar a sua relação com o mundo por meio de uma mudança simbólica, transformando os seus corpos. Na atualidade, a representação do corpo deixa de ser pecaminosa, como era na Idade Média, para ser super valorizada, acrescentando “[...] uma espécie de suplemento para a alma” (BRETON, 2003, p. 54).

Edmonds (2002) cita uma pesquisa feita em mulheres de São Paulo, entre os anos de 1985 e 1995. Os resultados revelaram que dobrou o número de empregos e dos serviços para embelezamento, independentemente da classe social. Aponta-se que essas mulheres gastam em torno de 44% de seus salários com a beleza, independente da classe social em que se encontram.

Fazendo também referência à busca da beleza, em uma publicação mais atual, uma das revistas *Veja* do ano de 2001 fala que o Brasil superou os Estados Unidos em realização de cirurgias plásticas.

Fernandes (2005) argumenta que, nos dias atuais, para alcançar o padrão de beleza estipulado, valem inúmeras intervenções, às vezes nada saudáveis, como dietas, cosméticos, cirurgias plásticas, ginásticas e medicamentos. Todo esse arsenal é reafirmado pela mídia com a exposição de corpos saudáveis associados aos avanços tecnológicos.

De acordo com Junior, Ladislau e Niquini (2007), o corpo é colocado como personagem principal em todas as formas de vinculação da imagem. O corpo é uma imagem de domínio público e não privado para aceitação social, autoestima e no jogo de sedução.

Para Edmonds (2002, p.213), não se pode esquecer que a cirurgia estética ainda é uma área da Medicina, mesmo não tratando ou prevenindo

doenças, “[...] a não ser a doença psicossocial. Na cirurgia plástica, é o paciente e não o médico, que deve diagnosticar a doença.”

De acordo com Breton (2003), a cirurgia estética é utilizada por pessoas que não se encontram doentes, mas querem transformar a sua relação com o mundo por meio de uma mudança simbólica, transformando os seus corpos.

Edmonds (2002) cita em seu trabalho a fala de um renomado cirurgião plástico brasileiro, definindo que o objetivo da cirurgia plástica é a harmonização do corpo com o espírito, fazendo com que se estabeleça um equilíbrio que permita à pessoa se reencontrar e se reestruturar no universo que a cerca.

Muito embora haja uma expectativa por parte da sociedade, a preocupação de incorporar a perfeição e sacrifícios de ter um corpo com regiões anatômicas perfeitas não são predicados apenas das mulheres. Gatti (2002) argumenta que o papel masculino está sendo redefinido. As mulheres querem homens mais sensíveis e também mais fortes fisicamente.

Para Sabino (2000), os homens estão buscando o corpo perfeito, porque consideram que, por meio dele, o sucesso, o status e o dinheiro são alcançados. Também observa que se torna possível achar parceiras no mesmo patamar estético e ascensão social.

Edmonds (2002), em sua pesquisa sobre cirurgias plásticas, descobriu que 30% das intervenções cosméticas atualmente são realizadas por homens. Entretanto, Sabino (2002) aponta que essa realidade é encontrada no universo masculino há mais tempo do que se imagina. Desde pequenos, os meninos têm, em seus arsenais de brinquedos, bonecos hipertrofiados e de baixa porcentagem de gordura. Padrões que são passados para nós como sinais positivos, que na realidade seriam impossíveis de se alcançar sem a utilização de anabolizantes e outros tipos de hormônios.

Vilhena, Medeiros e Novaes (2005) discutem que ainda existe uma cobrança muito maior sobre as mulheres do que sobre os homens. Quando eles são indagados sobre a estética de seus corpos, a falta de tempo despendida para o trabalho é desculpa para não haver tantas cobranças sobre sua imagem.

Contrariamente ao que acontece com o grupo dos homens, no universo feminino a rigidez é de tal ordem que não há justificativa possível para o não atendimento dos imperativos da beleza. Enquanto que no universo masculino o desvio com relação ao padrão de beleza está vinculado à falta de tempo, em função do ritmo atribulado da vida profissional [...] (VILHENA; MEDEIROS; NOVAES, 2005, p.124-125).

Russo e Toledo (2006) relatam que, atualmente, o corpo assume para alguns significados que vão além de corpo-objeto. Ele torna-se sinônimo de conquistas afetivas, posições e relações sociais de destaque. Engendram nesse corpo uma relação de amor e ódio, sucesso e fracasso e também beleza e feiura, como se esse corpo pudesse descrever e mostrar o que as pessoas são em seu interior. Os autores chamam a atenção ao dizerem que em sociedades de consumo, as imagens de corpos estão envolvidas de cores, aromas e sabores, que fazem dessas imagens um objeto de desejo.

Para Coelho (2007), a mídia vem envolta por discursos totalmente atrativos, principalmente para os consumidores de classe média e alta: é agradável de ler e é positivo em se tratar de saúde e corpo. A mídia faz de tudo para atrair um consumidor sedento por remédios mirabolantes, terapias, academias milagrosas, massagens e tratamentos curativos entre outros, para a saúde e corpo perfeito estipulado pelos meios de comunicação.

Boltanski (1979) afirma que as revistas femininas lidas por classes socioeconômicas mais elevadas fazem alusão a produtos de emagrecer, o melhor bronzeado e os cremes depilatórios, tornando-se obrigatório adquirir tais produtos para não ter vergonha de estar fora de tais padrões.

Àquelas que têm o complexo de “pele branca”, que temem por “não passar no exame-verdade da praia” ou que não querem mostrar “pernas mal depiladas”, é lembrado que “todos os olhares, todas as invejas também, concentram-se numa linha esbelta”, ou que “o verão não é para as gordinhas”, e propõe-se-lhes os múltiplos produtos que tornam “a pele firme, a barriga chata, o estômago firme, o busto pequeno e bonito, os quadris de adolescentes”. (BOLTANSKI, 1979, p. 167).

Sabino (2002) relata que os meios de comunicação são importantes para levar à sociedade o padrão de corpo estipulado nos dias atuais. Mulheres famosas e modelos de beleza são exaltadas por quem as vê, por meio das mídias faladas e escritas. Entretanto, ao mesmo tempo, e por esses mesmos expectadores, são condenadas por estarem perdendo as atribuições femininas pela prática exagerada da musculação, dietas para perda de peso associadas a suplementos alimentares e anabolizantes. Mesmo assim, atualmente, para ter sucesso é necessário copiar o padrão das estrelas de revistas e comerciais: mulheres magras, musculosas em constante exercício físico e dietas, produzindo um conjunto de representações sociais sobre a estética.

Os autores Novaes (2008) e Goldenberg e Ramos (2002) ressaltam que na década de 1980, já é notada a valorização do corpo na chamada “indústria do músculo.” Com isso, o mercado estético começa a despontar e o corpo começa a ter que ter características bem limitadas, isto é, o culto ao modelo estético começa a aprisionar as pessoas: ser único passa a ser unificado. Para Vasconcelos, Sudo e Sudo (2004), ter quilos a mais representa ser diferente de outras pessoas, e ter representações negativas, carregando uma marca que o difere de tantos corpos iguais.

Sabino (2002) aponta que as academias de musculação se transformaram em verdadeiras usinas, fabricando corpos para o mercado que se identificam com as representações sociais construídas nos dias de hoje em que os fortes, saudáveis e bonitos são dominantes e os fracos, doentios e feios são os dominados.

Chaves e Ferreira (2007) realizaram uma pesquisa de doutorado, na qual a preocupação era saber as representações ao uso de anabolizantes por graduandos de Educação Física. Foi revelado que as representações destes corpos são pautadas por um “[...] estereótipo reforçado pelas exigências do mercado, responsável inclusive por critérios de empregabilidade” (CHAVES; FERREIRA, 2007, p.03). Ser forte ou grande é sinônimo de ser bem classificado em sua posição social. Muitas vezes também esses adjetivos estão ligados ao uso de esteróides fazendo uma analogia do corpo humano com máquinas. Tanto é verdade que um dos entrevistados relata “[...] por que ser um Clark Kent se posso ser um super-homem?”

Na prática discursiva dos entrevistados é encontrada a legitimação do uso de anabolizantes no mundo atual para uma mutação corporal vista por eles como natural para alcançar o almejado corpo perfeito e as representações de sucesso, virilidade, distinção e sedução (CHAVES; FERREIRA, 2007, p.03).

Vilaça et al. (2007, p. 04) realizaram uma pesquisa em quatro academias do Rio de Janeiro, entrevistando 15 professores formados e atuantes há mais de três anos. Os resultados revelaram a massificação dos corpos. Quando os participantes foram indagados, disseram que as mulheres têm que ser magras e os homens fortes. Um professor participante relatou que quando, o aluno “[...] fala que quer malhar para a saúde, é um disfarce para chegar à estética.”

Goldenberg e Ramos (2002) citam a declaração de uma jornalista chamada Ruth Dweck, dizendo que, nos dias atuais, a estrutura do trabalho encontra-se em mudança pelo aumento das mulheres que estão no mercado, o que aumenta a discriminação e a concorrência, estimulando a vaidade e o medo de envelhecer. Sabino (2002) observa que as mulheres da classe média estão masculinizando seus corpos para terem melhores chances de vencerem na vida, achando que para conseguir este status é necessário serem fortes como sinônimo de independentes e duronas.

Em uma pesquisa realizada por Morgan, Vecchiatti e Negrão (2002), sobre os fatores dos transtornos alimentares, um grupo de mulheres universitárias foi exposta a fotos de modelos de corpos magros, imagens de mulheres de peso normal e sobrepeso e figuras de imagens neutras. Os resultados revelaram que as imagens de mulheres magras eram consideradas como as mais atraentes. A exposição ao modelo magro gerava nelas respostas de representações de sentimentos afetivos negativos como culpa, depressão e infelicidade. Os pesquisadores comentam que “[...] na cultura ocidental, ser magra significa ser competente, ter sucesso, autocontrole e atraente sexualmente.” (MORGAN; VEACCHIATTI; NEGRÃO 2002, p. 20). Como ser magra para algumas mulheres torna-se inviável pela ordem biológica e genética, a insatisfação corporal tem se tornado mais frequente.

Toledo e Russo (2006) discutem as implicações desses corpos magros. Se a imagem que impera em uma sociedade é igual à de um corpo magro, emagrecer seria regra e não a exceção, estabelecendo relação com outros corpos semelhantes por essa proximidade visual, de crenças, ideias e imagens. Se isso não ocorrer, com certeza, o distanciamento emocional irá acontecer, pois a imagem social não será de aproximação, mas sim de afastamento. Vasconcelos, Sudo e Sudo (2004) reforçam que esse ideal de magreza, no Ocidente, é sinônimo de felicidade, equilíbrio, poder, beleza, mobilidade social entre outros.

A idéia de que ao se alcançar a magreza e estar em boa forma física a pessoa obterá sucesso na profissão, nos relacionamentos sociais e amorosos surge nas matérias publicadas pela mídia, reiterado pelos discursos legitimadores de especialistas das mais diversas áreas (VASCONCELOS;SUDO; SUDO, 2004, p.11).

Breton (2003) relata que o corpo está sendo influenciado pela independência e individualidade destacadas nas sociedades ocidentais. O corpo é o local para experimentações narcisistas e sociais, por meio das cirurgias, dietas, cosméticos, entre outros. Tudo para seduzir os olhares das outras pessoas. O autor afirma também que as pessoas dos dias de hoje vêm os seus corpos como sua melhor companhia, ao contrário da discriminação feita a ele em outras épocas. Vasconcelos, Sudo e Sudo (2004) ressalvam que essa visão de individualidade é baseada na cultura narcisista, no qual a pessoa passa a ser o centro das atenções, cada vez mais voltado para o seu interior e para o seu sucesso individual.

Sabino (2002, p.114) observa que existe um esforço muito grande das pessoas em transformarem os seus corpos em vitrines, “[...] ostentando juventude eterna, saúde, força e beleza”.

Breton (2003) afirma que, ao mesmo tempo em que as pessoas estão procurando seu isolamento e sua individualidade, as academias onde alguns de seus objetivos são alcançados, oferecem o aconchego momentâneo de compartilhar horas agradáveis em contato com outros.

Por isso, vemos tantas histórias, tantos ideais ou ilusões dentro desse universo da academia. São vidas, classes sociais e hábitos totalmente distintos unindo-se em um objetivo: o culto do corpo. Sustentando isso, Hansen e Vaz (2004),

em sua pesquisa na qual analisavam duas academias de diferentes portes relatam que, por mais diferentes que possam parecer as realidades das populações que participaram, nos dois locais constatou-se que o corpo é o vetor das relações que estruturam seus frequentadores.

Segundo Vilaça et al. (2007), nos deparamos com uma condição paradoxal da utilização desse corpo, nos dias atuais. Por um lado, estamos em uma época caracterizada por certa liberdade que nos daria direito de sermos quem quiséssemos e, por outro, a prisão de um modelo de corpo ideal e belo. De acordo com Bandeira e Zanolla (2007), o belo seria um ser dotado de originalidade e liberdade, sem se aprisionar a padrões estéticos mercadológicos, sendo críticos e resgatando a possibilidade de sermos únicos e não unificados perante a indústria cultural e de consumo.

Podemos ver que, por meio dessa revisão, muitas vezes a razão é traída pelo desejo da imagem perfeita nessa sociedade de corpos perfeitos. Chaves e Ferreira (2007) observam que, por sermos seres desejantes, nos atiramos no mundo dos espelhos, em busca de algo que a razão não entende.

O culto ao corpo, como pode ser visto em vários estudos, é considerado um fenômeno importante da atualidade. A sociedade em geral é bombardeada em todas as direções por informações do que se deve fazer para ter o corpo dito ideal: magro, definido, malhado, entre tantas outras definições, e estabelece um padrão de comportamento para poder atingir esse modelo a ser seguido. Vemos que este corpo, muitas vezes representa sucesso nas relações sociais, no trabalho e nas relações amorosas. Pode-se ir do fracasso ao estrelato, dependendo das análises das representações, a ele imputadas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O presente estudo buscou identificar as representações sociais de saúde, doença e corpo dos clientes de academias de ginástica em Campo Grande, MS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a situação sociodemográfica dos participantes;
- Verificar o que influencia nos participantes na escolha da academia;
- Identificar os motivos que levou os participantes a frequentarem a academia;
- Identificar o que influencia na escolha do professor pelos participantes;
- Identificar a imagem que o participante tem de seu corpo.

3 MÉTODO

O método utilizado para este estudo, por estar de acordo com a teoria das representações sociais, foi o qualitativo. Segundo Moreira (2002), esse método estuda o comportamento respeitando e conceituando as características intersubjetivas do ser humano. Esta pesquisa não utiliza regras matemáticas em suas apreciações, dando preferência aos relatos orais e escritos, isto é, a pesquisa é vista como interpretativa e interativa, cujo método é o mais utilizado pelas ciências humanas.

Para Guerra (2006), a pesquisa qualitativa utiliza várias técnicas para a interpretação dos relatos dos participantes, tendo como objetivo descrever, interpretar e traduzir os processos da sociedade que se produzem com naturalidade, dando mais importância ao fenômeno do que à frequência em que ele ocorre.

Esse processo de análise dá valor à voz do comportamento humano, e é construída de forma ativa, por meio do contato das pessoas umas com as outras (MOREIRA 2002).

3.1 Local

Foram selecionadas três academias de ginástica em Campo Grande, de acordo com a localização, a infraestrutura e os valores de mensalidade.

Academia 1: localizada na região urbana do Bandeira, com infraestrutura pequena, porém arejada. Há um salão dividido ao meio: de um lado, é a sala de musculação e trabalho cardiovascular e, de outro, a sala de ginástica sem isolamento de parede ou divisória. Possui sala de avaliação, vestiário feminino e masculino. No período de coleta de dados, o valor da mensalidade era de R\$ 30,00.

Academia 2: situada em área próxima ao Shopping Campo Grande, na região urbana do Prosa, conta com duas salas de ginástica, uma sala de trabalho cardiovascular, uma sala de musculação, uma piscina coberta e aquecida, uma sala de avaliação, um escritório e vestiário feminino e masculino. No período de coleta de dados, o valor da mensalidade era de R\$76,00.

Academia 3: localiza-se em região urbana do centro da cidade de Campo Grande. Conta com três salas de ginástica, uma sala de musculação, uma sala de trabalho cardiovascular, sala de avaliação, escritório, lanchonete, espaço cyber, espaço infantil, vestiário feminino e masculino, sala de fisioterapia e massagem, sala de nutrição e *sollarium*. No período de coleta de dados, a mensalidade era de R\$ 114,00.

3.2 Participantes

Participaram desta pesquisa 28 clientes: dez da Academia 1, oito da Academia 2 e dez da Academia 3, divididos igualmente entre homens e mulheres. A escolha dos participantes não foi aleatória, mas sim intencional e por conveniência.

3.3 Instrumento

Para Santos e Candeloro (2006), a entrevista é um instrumento de coleta de dados muito utilizado pelas pesquisas sociais, durante a qual o pesquisador interage diretamente com o participante da pesquisa, que fornecerá suas respostas com teor qualitativo, para serem analisadas posteriormente. Para Moreira (2002), a entrevista aponta vários aspectos que são beneficiados na pesquisa qualitativa: o entrevistador tem a possibilidade de explicações quando não há o entendimento do participante; os relatos possuem mais riqueza quando aplicados pessoalmente; e as perguntas mais complexas podem ser estimuladas a serem respondidas, ao contrário dos questionários enviados pelo correio. Dessa forma, a possibilidade de perdas de entrevistas, reduz-se显著mente.

Para a coleta de dados, foi utilizada uma entrevista semiestruturada elaborada pela autora, com perguntas sobre os motivos de frequentarem a academia e a escolha do professor, as representações sociais de saúde, doença e corpo, bem como dados sociodemográficos (APÊNDICE A). Também foi utilizado um caderno de campo como método complementar, para anotações de dados pertinentes à pesquisa, sobre o que aconteceu antes, durante e depois da entrevista. Para Martins (2001), o pesquisador deve ficar atento às respostas dos

participantes em todos os aspectos como gestos, expressões, hesitações e sinais não-verbais. Para isso, o caderno de campo consegue atender a essas expectativas de coleta de dados.

3.4 Procedimentos e Aspectos Éticos

Inicialmente, as academias de ginástica foram visitadas com o objetivo de solicitar aos seus proprietários a autorização para a realização da pesquisa. Quando os proprietários concordaram em autorizar a realização da pesquisa, a folha de rosto foi assinada e houve o encaminhamento do projeto para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, para que todos os passos estivessem de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada sem restrições (ANEXO 1).

Após a aprovação, a pesquisadora passou a visitar as instituições nos horários das aulas e a convidar os clientes das mesmas, buscando agendar um horário para a realização das entrevistas.

Os convites foram feitos de duas formas: quando o cliente chegava à academia ou enquanto ele fazia os seus exercícios. Caso aceitasse o convite, o participante e a pesquisadora se dirigiam ao espaço destinado às entrevistas, que eram realizadas sem nenhuma interrupção. Apenas duas entrevistas foram agendadas para o dia seguinte do convite.

As entrevistas foram realizadas individualmente e gravadas na íntegra, no computador, utilizando um microfone e o programa *Nero Wave Editor*, para serem transcritas e analisadas posteriormente.

Antes do início da entrevista, o participante foi informado sobre os procedimentos éticos da pesquisa, como sigilo e anonimato assegurado e a possibilidade do participante poder interromper a entrevista ou abster-se de responder a alguma pergunta. Para assegurar essas condições sobre a entrevista e a utilização dos dados pela pesquisadora, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

3.5 Procedimentos de Análise dos Relatos

Para dar início à análise dos relatos, primeiramente foi realizada a transcrição das entrevistas na íntegra. Houve dois tipos de agrupamentos das respostas obtidas: primeiramente por academias e, depois, todos os relatos foram agrupados por perguntas. Posteriormente, foi realizada uma leitura minuciosa para destacar os temas que fossem surgindo nas respostas dos participantes. Os relatos foram analisados, levando em consideração a teoria das representações sociais (JODELET, 2001).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão abordados neste capítulo, os resultados da pesquisa bem como sua discussão. Primeiramente, serão descritos os dados sociodemográficos com suas análises e, posteriormente, o resultado da análise e discussão dos relatos da entrevista.

4.1. Dados Sociodemográficos

Esta pesquisa contou com a participação de 28 clientes de três academias: dez da Academia 1, oito da Academia 2 e dez da Academia 3, distribuídos igualmente entre homens e mulheres, na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

De acordo com os dados apresentados a seguir, na Tabela 1, a faixa etária dos participantes está entre 18-57 anos, com a média de 35,07 anos, sendo que 35,71 % encontram-se entre 18-29 anos, 32,14 % entre 30-39 anos, 25% entre 40-49 anos e 7,14% entre 50-59 anos.

Com relação ao estado civil, a maioria dos participantes é solteira (46,48%), sendo oito homens e cinco mulheres, 39,28% são casados, sendo sete mulheres e quatro homens. Quanto às separações, dois participantes masculinos e duas femininas, encontram-se nessa situação (14,28%).

Quando é analisado o grau de escolaridade, pode-se observar que a maioria, com treze participações (46,42%), concluiu os seus estudos superiores, sendo quatro (14,28%) pós-graduados. Três (10,71%) concluíram o ensino médio e dois participantes (7,14%) fizeram o ensino médio técnico. Quanto aos cursos incompletos um participante (3,57%) está cursando o ensino médio e cinco (17,85%) o ensino superior. Apenas um participante (3,57%) concluiu o ensino fundamental.

TABELA 1 - Dados sociodemográficos dos participantes (N=28)

Características	Sexo		
	Feminino (n=14)	Masculino (n=14)	Total (N=28)
Idade			
18 – 29	3	7	10 (35, 71%)
30 – 39	6	3	9 (32,14%)
40 – 49	4	3	7 (25%)
50 – 59	1	1	2 (7,14%)
Estado Civil			
Solteiro (a)	5	8	13 (46,48%)
Casado (a)	7	4	11 (39,28%)
Separado (a)	2	2	4 (14,28%)
Escolaridade			
Fundamental	1	---	1 (3,57%)
Médio Técnico	1	1	2 (7,14%)
Médio Incompleto	---	1	1 (3,57%)
Médio Completo	2	1	3 (10,71%)
Superior Incompleto	1	4	5 (17,85%)
Superior Completo	8	4	12 (42,85%)
Pós-graduação	1	3	4 (14,28%)
Renda Mensal			
Sem rendimento	1	1	2 (7,14%)
Até 01 salário	1	---	1 (5,57%)
Mais de 01 a 02 salários	---	1	1 (5,57%)
Mais de 02 a 03 salários	2	2	4 (14,28%)
Mais de 03 a 05 salários	2	2	4 (14,28%)
Mais de 05 a 10 salários	3	2	5 (15,85%)
Mais de 10 a 20 salários	5	2	7 (25%)
Mais de 20 salários	---	4	4 (14,28%)

Também se perguntou aos participantes sua renda mensal. No período da coleta de dados, o salário mínimo vigente no país era de R\$ 415,00. Quanto à análise da renda mensal, observou-se que a maioria dos participantes (25%) ganha mais de dez até 20 salários mínimos, seguido por cinco participantes (17,85%) com renda superior a cinco até dez salários mínimos. Três faixas salariais contam com

quatro participações (14,28%) cada: mais de dois a três salários mínimos, mais de três a cinco salários mínimos e renda superior a 20 salários mínimos. Um participante (3,57%) recebe um salário mínimo e outro possui renda mensal com mais de um a dois salários. Dois participantes (7,14%) não possuem renda mensal: um participante, do sexo feminino, casada, é sustentada pelo seu marido, e outro participante, do sexo masculino, que acabou de se formar, possui estabelecimento, mas não tem clientes para gerar renda, dependendo de seus pais para o seu sustento.

4.2 Análise dos relatos dos clientes das academias de ginástica

Nesta pesquisa, foram analisados os relatos de 28 clientes de academias de ginástica de Campo Grande, MS. Muitas vezes, o número de relatos não coincide com os números de participantes. Isso mostra que, ao refletir sobre uma pergunta, muitos participantes traziam em suas falas conteúdos que se encaixavam em diferentes temáticas para as análises. Os relatos recebem como título a pergunta feita para os clientes das academias. Os relatos foram agrupados em temáticas que as representassem de forma concisa, seguidas da frequência de participações e suas porcentagens.

4.2.1 As Representações Sociais de saúde

Buscou-se identificar as representações sociais de saúde para os clientes das academias de ginástica participantes desta pesquisa. A partir dessa identificação, pôde ser visto como essas pessoas constroem essa representação relacionada à saúde. A Tabela 2 mostra um panorama geral dos relatos a respeito do conceito ou noção de saúde.

TABELA 2 – Representações sociais de saúde para os participantes

TEMÁTICAS	N	%
TODO: É tudo É quase tudo Estar vivo	17	27%
BEM-ESTAR: Estar feliz Ficar bem Sentir-se bem Estar de bem com a vida Bem-estar Qualidade de vida Ter ânimo	16	25%
CAPACIDADE DE AGIR: Estar trabalhando Estar malhando Estar estudando É poder acordar	14	22%
RESULTANTE DA ALIMENTAÇÃO: Boa alimentação	7	11%
SAÚDE FRAGMENTADA: Cuidar do corpo e mente	6	9%
ESTÉTICA: Estar esteticamente bem	3	4%
CONCEBIDA POR SUA ANTÍTESE: Não tomar remédio Não ficar doente	1	2%
TOTAL	63	100%

As representações sociais revelam a construção da realidade para os diversos grupos que vivem na sociedade (JODELET, 2001). Quando observamos os relatos dos participantes, identificamos uma construção das representações sociais de saúde de forma mais generalista:

Saúde é fundamental. É tudo... É muito importante (masc. 34a anos).

Saúde para mim (silêncio), quase tudo. Desde moleque eu pratico... Gosto e faço por prazer também. Não por somente necessidade entendeu? Sinto-me bem com isso (masc. 34b anos).

Ah saúde é (silêncio), a coisa mais importante na vida da gente. Você tendo saúde você está disposta para qualquer outra coisa, a saúde é importantíssimo, é essencial... (fem. 42 anos)

Os participantes revelaram em seus relatos que entendem a representação social de saúde “como tudo” ou “quase tudo” e, como fundamental para a sua existência. Essa realidade também foi encontrada nas pesquisas de Lima (2003) e Serpa (2007).

Os participantes entendem que a saúde é tudo em suas vidas, mas outros aspectos também são lembrados para consegui-la como cuidar da alimentação, fazer exercício físico e o equilíbrio da mente e do físico.

Saúde é tudo né. Saúde é cuidar do corpo, da mente, do espírito. É cuidar do lugar que você mora, da suas amizades, da sua família. Eu acho que isso é saúde. Quando você tem uma boa saúde, quando você está inserido no meio realmente do valor dessa saúde, você quer que as pessoas a sua volta estejam também e você procura mostrar isso para as pessoas. Quando você tem saúde você está feliz você está de bem com Deus com certeza (fem. 57 anos).

Ah, saúde é tudo. A gente ter uma boa saúde é bom... Boa alimentação. Uma pessoa doente fica meio desanimada. Tem ânimo para nada. É muito importante saúde. Para poder trabalhar bem... Poder... É eu acabo pensando bastante na academia. Geralmente eu falo assim: Eu quero engravidar, ter outro filho. Ai eu penso... Puxa vida, mas daí até fica nove meses... Eu não vou poder treinar mais! (fem. 35 anos).

É você se alimentar bem, você ter uma atividade física, você ter relacionamento bom dentro da tua família, no teu ambiente de trabalho... (fem. 42 anos).

Quanto a essas referências de representações sobre a saúde, vemos que não se dá importância apenas aos aspectos físicos de não estar doente ou não sentir dor. A saúde é vista como ter boa moradia, ter relações sociais e familiares, boa alimentação e também cuidar do físico. Isso sinaliza a mudança de visão do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial, caracterizando uma visão ampliada de saúde dos participantes.

As pessoas que compartilham da idéia de ter “boa alimentação” e “saúde alimentar” para o status de saudável, como os participantes desta pesquisa, são influenciados por fatores biopsicossociais e não apenas pelos fisiológicos. O estilo alimentar está sendo foco de estudo e preocupações na contemporaneidade, e está relacionado diretamente a saúde e doença das pessoas. Observa-se que, nos dias

de hoje, a seleção dos alimentos que ingerimos é influenciado por fatores psicológicos, biológicos e sociais (VIANA, 2002). Quando decidimos ingerir este ou aquele alimento, aspectos qualitativos são evidenciados nessa seleção, como manter o peso da melhor forma possível e a percepção que se tem do próprio corpo.

São importantes as reflexões sobre o aspecto social e biológico na determinação dos aspectos de saúde e doença em uma sociedade. Podemos observar que existe uma mudança no modelo aceito pela sociedade. Saúde não é apenas o silêncio dos órgãos, mas sim, um conjunto de condições psicológicas, biológicas e sociais para atingir o status de saudável (ADAM; HERZLICH, 2001).

Nos relatos dos participantes, também foi observada a relação da representação social de saúde a capacidade de fazer, ou ter ânimo para realizar algo como “estar trabalhando, malhando ou estudando”:

A saúde para mim (silêncio)... É trabalho, é vida, é vida social, é estética de um modo geral (masc. 43 anos).

É estar disposta para trabalhar legal, viver, ficar feliz, isso pra mim é importante (fem. 43 anos).

(Silêncio) Eu ter condições de estar levando minha vida... Eu ter condições de estar trabalhando, estar estudando. (fem. 30 anos).

Saúde é (silêncio), a coisa mais importante na vida da gente. Você tendo saúde você está disposta para qualquer outra coisa, a saúde é importantíssimo, é essencial (fem. 42 anos).

Uma pessoa doente fica meio desanimada. Tem ânimo para nada. É muito importante saúde (fem. 35 anos)

Pode-se observar que esses participantes revelaram que saúde é realizar as tarefas que têm como importantes, e está relacionado com a impossibilidade que a doença gera na vida das pessoas de executar as atividades diárias que ninguém pode fazer por elas. Na pesquisa realizada por Serpa (2007), alguns participantes fizeram a referência que saúde é “ter ânimo e disposição” para realizar as atividades do dia-a-dia.

Como os participantes desta pesquisa não estão acometidos de doenças que impossibilitam o trabalho, seus relatos são sempre colocados no presente como “saúde é trabalho”, “é vida”, “saúde é estar disposto para trabalhar legal” e “saúde é estar trabalhando.” Na pesquisa de Lima (2005), na qual são entrevistadas pessoas portadoras de diabetes, a incapacidade de trabalhar está relacionada às representações sociais de doença, ou seja, saúde para estes participantes é “poder trabalhar.” Viu-se uma realidade diferente ao ver os relatos dos clientes de academias de ginástica, quando vemos que saúde é “estar trabalhando.”

Os clientes das academias de ginástica também vêem a representação social de saúde por meio de aspectos subjetivos dos sentimentos, como “estar feliz”, “estar vivo”, “de bem com a vida” e “qualidade de vida e bem-estar”, como mostram as falas:

Saúde é tudo é bem-estar é você estar de bem com a vida estar vivo (masc. 25 anos).

Saúde é você estar bem consigo. Estar com seu ego elevado (silêncio), alimentação, se dormi bem, estar bem humorado é isso, estar de bem com a vida (masc. 29 anos).

Saúde. Bom, saúde é se sentir bem, ser feliz... Eu acho que é fundamental (masc. 50 anos).

As representações sociais de saúde são independentes do saber médico e são dadas pela interpretação do que a pessoa está sentindo. Essa interpretação é relacionada com os aspectos sociais vinculados ao seu redor (ADAN; HERZLICH, 2001). Para estes participantes, saúde não está associada somente a aspectos físicos, mas também a fatores qualitativos, como felicidade e sentir-se bem, que não são mensuráveis e são representações construídas a partir de aspectos culturais, psicológicos, biológicos e sociais, os quais a pessoa compartilha no momento.

Revelou-se, em alguns relatos, que estar com saúde é cuidar do físico, da mente e do espírito, como nas falas a seguir:

Saúde é tudo né. Saúde é cuidar do corpo, da mente, do espírito... Quando você tem saúde você está feliz você está de bem com Deus com certeza (fem. 57 anos).

(silêncio) saúde pra mim é a saúde do corpo, da alma. Principalmente você tem que ter saúde na alma, no pensamento você tem saúde no resto. Porque não adianta você ter um corpo bonito e sarado, se você é ruim de coração, se você é ruim pro irmão, se você é ruim pra mãe, se você é ruim pro filho, se você é egoísta. Sabe então, primeiramente você tem que ter saúde na alma. Você tem que ser linda de alma, sua alma tem que ser transparente (fem. 48 anos).

Saúde é ter mente sã, corpo são e alma sã. Quando você tem essas três coisas é saúde (fem. 30 anos).

Saúde é bem-estar físico, social, espiritual... Tudo (masc. 25 anos).

Para alguns participantes, a saúde é vista de forma fragmentada, como se fosse possível esta separação do ser humano. A espiritualidade também esteve presente em algumas falas. Scliar (2007) argumenta que a saúde, em muitos períodos da história, foi influenciada pelo poder da religião: para adquirir o status de saúde, o espírito deveria ser puro e livre de qualquer pecado. Essa visão de saúde revelada pelos participantes pode não ter influência desse passado, isto é, uma nova representação de construção coletiva está sendo constituída. Contudo, por mais que haja esta divisão, os participantes consideram que a saúde é atingida pela união dos fatores físicos, mentais, sociais e espirituais, sem que haja a valorização de um sobre o outro.

Alguns participantes revelaram em suas falas que a representação social de saúde está vinculada a “estar magro” ou “esteticamente bem”:

Então a saúde para mim é trabalho, é vida, é vida social, é amizade e estética de um modo geral (masc. 43 anos).

Saúde é respirar bem, é dormir bem, é comer bem, é olhar para mim e falar: eu estou legal, como eu estou legal, estou saudável, meu corpo está bacana (fem. 25 anos).

Esta participante associa estar magra à manutenção e promoção de sua saúde:

Saúde é (silêncio), é estar bem e magra em função da minha coluna. Eu tenho problema de coluna então eu tenho que ser magra sempre e (pensando), eu, eu estando dessa forma eu mantenho a minha saúde (fem. 37 anos).

Estas falas revelam que os participantes também constroem a representação social de saúde relacionando-a com o corpo e a estética, ou seja, representações construídas a partir de elementos que podiam ser aferidos como peso e porcentagem de gordura estão ligados a representações qualitativas do cuidado com a saúde.

Observou-se também que, nos relatos, apareceu que saúde “é não ficar doente” e “não tomar remédio”. A fala apresenta uma pessoa que está satisfeita por nunca ter precisado tomar remédios e relaciona a saúde a não apresentar sintomas ou doenças físicas:

Saúde é eu me sentir bem, estar bem comigo mesmo. Realmente eu nunca tomei, precisei tomar remédio na minha vida. Então eu acho que minha saúde é excelente (fem. 55 anos).

Esta representação de saúde como a questão de ausência de sintomas e doenças físicas pode ser considerada uma forma simplificada e perigosa, pois tendo em vista que a representação social é uma construção coletiva, o relato dessa pessoa revela que ainda circula a idéia de que saúde é não apresentar sintomas e doenças, quando sabemos que existem doenças com características assintomáticas em suas fases iniciais como doenças renais, diabetes e hipertensão.

Vê-se que alguns participantes ainda apresentaram a noção de saúde como algo oposto a doença e não como um processo, fazendo referência ao modelo biomédico de saúde. Entretanto, é interessante observar que essa representação começa a ser mudada, passando a contemplar aspectos de cuidados com a saúde.

4.2.2 As Representações Sociais de doença

Também se perguntou aos clientes das academias de ginástica o que era doença. De acordo com o relato dos participantes, na maioria das vezes, eles revelaram mais de uma temática, como mostra a Tabela 3.

TABELA 3- Representações sociais de doença para os participantes

TEMÁTICAS	N	%
FATOR LIMITANTE: Não poder viver Não poder curtir a vida Não querer ou não conseguir fazer nada Estar limitado Não conseguir trabalhar Não conseguir fazer exercício físico	13	27%
ADVERSIDADES: Coisas más Te prejudicam Faz viver menos Prejudica a saúde Faz mal para o corpo Coisas ruins Negativo É péssimo É triste É horrível	13	27%
DESEQUILÍBRIO: Corpo e espírito enfraquecido Mente pobre Desequilíbrio Falta de bem-estar físico, mental e social	8	17%
PRODUTO DA AÇÃO HUMANA: Nós é que provocamos Falta de amor próprio Não cuidar da alimentação	8	17%
FENÔMENO PSÍQUICO: Depressão	4	8%
RELIGIÃO: Falta de fé	2	4%
TOTAL	48	100%

Para parcela considerável dos participantes, a representação social de doença estava relacionada a algo incapacitante e limitante, que impossibilita ou dificulta a realização de tarefas diárias, conforme os relatos:

Não pode fazer as coisas, movimentar, não poder (silêncio), ter liberdade eu acho complicado (fem. 43 anos).

Você fica impossibilitado de trabalhar (fem. 30 anos).

Doença é você não estar bem, é você precisar de outros recursos, é você não ter vontade de fazer nada também em função dessa doença sei lá (fem. 40 anos).

É você estar limitado, não poder fazer nada, não poder curtir a vida, não poder fazer uma atividade física, não pode viver né (masc. 34a anos).

Atraso de tudo porque você não tem ânimo, você não consegue fazer nada, não rende (fem. 45 anos).

Observa-se que, para os participantes desta pesquisa, a representação de doença foi construída a partir da impossibilidade ou dificuldade de fazer as atividades do dia-a-dia que acham importante para o sustento e para aproveitarem a vida da melhor forma possível. Na pesquisa realizada por Serpa (2007), também foi encontrado com frequência, nos relatos das pessoas com diabetes e hipertensão, que a representação de doença estava associada à falta de ânimo e impossibilidade de fazerem as suas atividades.

Para muitos participantes, a representação de doença está associada a sentimentos negativos, que a doença prejudica a saúde e faz mal para o corpo como demonstram as falas a seguir:

Doenças são as coisas más. São o que prejudicam a nossa saúde que fazem mal para o nosso corpo (masc. 25 anos).

Doença é a hora que você perde essa vontade de fazer as coisas que você se propõe... Acorda e não consegue (silêncio) cumprir aquilo que você deveria (fem. 40 anos).

A doença é algo para mim que quando me pega, me pega mesmo sabe. A doença eu vejo como uma coisa ruim, que não é positiva. Ficar doente é uma coisa que me deixa muito mal e ver outras pessoas doentes também. É algo assim que não é legal. Eu tenho medo de doenças. Eu tenho de pegar uma doença incurável (fem. 28 anos).

Então a doença é quando o negativo pesa mais que o positivo... Para mim é isso (masc. 37 anos).

Doença é um mal terrível, que só traz para pessoa e para os familiares tudo de negativo (masc. 43 anos).

... A mente que não quer mudar. A pessoa que não quer mudar uma alimentação para viver melhor, não quer fazer um exercício para ficar melhor... (fem. 57 anos).

O conteúdo dos relatos revela a doença como um mal que atinge o equilíbrio da vida familiar e social, impossibilita ou limita as condições de trabalho e os aspectos funcionais, isto é, desestrutura a vida da pessoa e dos que a cercam. Nota-se que os participantes relacionam as representações de doença também a hábitos que não são saudáveis, como não se alimentar direito e não fazer exercícios físicos. A representação de doença é construída a partir de algo negativo.

Alguns participantes revelaram que a doença se instala se houver o desequilíbrio da mente/físico e do corpo/alma:

Primeiro lugar doença é uma mente pobre. A mente que não quer mudar a pessoa que não quer mudar uma alimentação para viver melhor. Não quer fazer um exercício para ficar melhor, ela não quer fazer novos grupos de amigo... Então isso para mim começa uma doença séria porque daí quando ela fica doente do corpo, o espírito já está enfraquecido. Fica mais difícil de cuidar de tudo (fem. 37 anos).

Doença é uma coisa muito ampla. É a falta do bem-estar físico, mental e social... Você pode até levar para o patológico (masc. 40 anos).

Doença é não cuidar do físico e do psicológico (fem. 25 anos).

Doença é quando um desses três fatores está desequilibrado. Então às vezes você pode estar num corpo maravilhoso, estar amando, mas psicologicamente você está abalado por algum fator. Então você não consegue ter saúde porque o seu psicológico influencia. Você pode ter uma tendinite, você pode ter uma gastrite... Então tem que ter harmonia. E hoje em dia com estresse e essa busca pelas conquistas que a gente tem está dificílimo ter o equilíbrio destas três coisas (fem. 30 anos).

Os relatos revelam que a pessoa se vê de forma fragmentada, como se fosse possível separar o bem-estar do corpo e da mente e vice-versa. Entretanto, não há a valorização de um sobre o outro. Mesmo havendo a fragmentação, os participantes revelam na representação social da doença que, para evitar a doença, é necessário que o corpo esteja equilibrado.

Em dois relatos, a falta de espiritualidade foi vinculada à construção da representação de doença:

As pessoas de hoje em dia esqueceram um pouco de Deus. Só quer pensar no material, no físico também e fica vazia a mente e não é legal (fem. 39 anos).

Doença é a falta de fé. É uma doença a falta de amor próprio falta de amor ao próximo. Isso é uma doença porque você vive na escuridão... (fem. 48 anos).

É interessante notar, nesses relatos a influência da religião perpassando essa construção da representação social de doença. Esses relatos não são isolados. Já houve a valorização da alma, que era sinônimo de pureza e salvação e estava vinculada à saúde, sobre o corpo/físico, sobre o qual era depositada a degradação e a negatividade e era associado às doenças (LACERDA, 2007; SCLiar, 2007; SUASSUNA et al, 2005).

Alguns participantes colocam sobre eles mesmos, a culpa de ficar doente, ou seja, é o produto da ação humana:

Doença! Você fica impossibilitado de trabalhar. Eu falei na minha questão de depressão que eu tive. Eu tive problemas físicos também então eu me acomodei e tomou conta de mim e do meu corpo também (fem. 30 anos).

Acho que é a pessoa porque muitas vezes a doença vem porque nós causamos. Você não está cuidando direito de você consequentemente você está doente, e tem pessoas que deixa uma coisa de lado para fazer outra... Tem sempre que estar cuidando de você mental e fisicamente, não deixando uma coisa estragar a outra para estar sempre caminhando juntas (masc. 18 anos).

Doença é tudo que a gente faz para não ficar bem (masc. 37 anos).

Nesses relatos, é importante observar como a responsabilização pela saúde ou pela doença é trazida para uma responsabilidade individual. Dessa forma, a pessoa exime do contexto em que vive a responsabilidade por estar doente.

Alguns participantes destacam, em seus relatos, a relação da representação da doença com a presença de depressão:

Ai, doença?... Doença é triste né... Está tendo muita depressão também... (fem. 39 anos).

A doença para mim é depressão, você não ser uma pessoa realizada profissionalmente... Tudo isso atrai doença (masc. 29 anos).

Doença é a hora que você perde essa vontade de fazer as coisas que se propõe. E não interessa se você está com depressão, se está com pé quebrado se está com doença. É a hora que se acorda e não consegue cumprir aquilo que você deveria (fem. 30b anos).

É interessante perceber como estes participantes constroem esta representação de depressão. O conhecimento é compartilhado e produzido de forma coletiva e não exclusivamente pelo meio médico acadêmico, isto é, os participantes construíram esta visão da depressão a partir da divulgação de estados psicológicos.

Como a pesquisa foi feita em academias de ginástica, problemas físicos e ortopédicos como os de coluna e de joelho foram encontrados como representações de doenças, por impossibilitarem ou limitarem as pessoas de fazer suas tarefas diárias, mas a referência à depressão como representação de doença, ou sendo fator desencadeante, foi também mencionada.

A representação social de doença também é construída por um participante como uma barreira a ser superada:

Doença é um estado que você... É uma barreira a mais que você tem que superar. Por mais que seja a doença, você tem que correr atrás. E isso aí... Mais uma barreira que você tem que superar (masc. 25 anos).

Nesta fala, pensar positivamente e olhar para frente representam forças de vontade para sair dessa situação. Entretanto, novamente vemos uma visão individualista. O participante responsabiliza a própria pessoa por não deixar a doença se instalar, ignorando os valores da visão ampliada de saúde como ter moradia, alimentação adequada e transporte que, muitas vezes, não são responsabilidades individuais, mas também uma articulação entre e o poder público e os Conselhos de Saúde.

O conceito pessoal de saúde e doença nada mais é que a interpretação social que ela tem relacionado diretamente a sua cultura adquirida, isto é, os sinais e sintomas atribuídos às diferentes partes do corpo variam conforme a cultura de

diferentes sociedades (ADAM; HERZLICH, 2001). Para construir as representações discutidas sobre saúde e doença dos clientes das academias de ginástica, o participante levou em consideração o seu universo ao participar da entrevista, mostrando a relação de sua realidade, em articulação com o grupo em que vive.

4.2.3 Corpo e Corporeidade

A construção das representações sociais depende dos aspectos das relações e vivências grupais em sociedade, em uma determinada época. Na atualidade, as representações sociais de saúde e doença refletem diretamente sobre o cuidado com que as pessoas têm pelo corpo, e tem sido fundamental para compreender quais são as suas funções e o papel dessas construções nas relações sociais.

Para as considerações sobre o corpo e a corporeidade, foram realizadas seis perguntas para os 28 participantes da pesquisa.

A primeira pergunta buscou identificar como os participantes viam o seu corpo. Pode-se observar nos relatos que, na maioria das vezes, as falas vinham pautadas por silêncios, risadas e indagações, antes de serem verbalizadas. Martins (2001) observa em seu trabalho que o pesquisador deve ficar sempre atento a esses sinais não verbais, para que a riqueza da pesquisa qualitativa seja preservada.

As considerações feitas sobre corpo pelos participantes são as representações que eles têm no grupo social em que estão inseridos. Vale observar que, em dois meses de coleta de dados, não foram identificados participantes com problemas de obesidade ou sobrepeso, ou algum problema de saúde que pudesse ser detectado visualmente para gerar tantas inquietudes e frustrações, como aponta a Tabela 4.

TABELA 4 – Concepções dos participantes sobre o seu corpo

TEMÁTICAS	N	%
UM IDEAL: Precisa melhorar Quero melhorar Já vi melhor	16	37%
REAL COM ASPECTOS NEGATIVOS: Meio gordo Flácido Abdômen ruim	15	35%
REAL COM ASPECTOS POSITIVOS: Está bom Estou contente Para minha idade está bom Magro Normal Saudável	7	16%
MÁQUINA: Se transformando	4	9%
RESPOSTA DA AÇÃO HUMANA: Como resposta do que vivo	1	3%
TOTAL	43	100%

Os participantes revelaram em seus relatos as insatisfações nas representações sobre o corpo:

Acho que precisa melhorar um pouquinho (rindo). Estou meio gordo ainda entendeu. As gordurinhas abdominais. Sou preguiçoso para fazer abdominal, corrida. Essas coisas de exercício aeróbico não (masc. 34a anos).

Tem que melhorar um pouco (rindo). Ficar mais firminho, mais tonificado (fem. 25 anos).

Essa foi boa! Não sei. A gente sempre procura melhorar. A gente nunca está satisfeito. É como algo que pode melhorar (masc. 28 anos)

A sociedade está buscando, por meio dos seus corpos, a felicidade plena, ou seja, a imagem corporal torna-se um veículo para que as relações sociais, as amorosas e as de trabalho, sejam estabelecidas da melhor forma possível e, que uma elevada autoestima seja alcançada. Estamos entrando em situações paradoxais, pois ao mesmo tempo em que somos únicos em nossas características,

estamos tentando negar essas diferenças em uma unicidade de corpos todos iguais. Práticas de embelezamento e manipulação fazem do corpo um terreno de significados simbólicos (VILHENA; MEDEIROS, 2002). Vê-se, pelos relatos, que a busca por algo a mais acontece, mesmo quando não se tem certeza do que precisa melhorar. Na sociedade atual, empresta-se ao corpo a realidade de consumo desenfreado: sempre queremos o que não temos e fazemos de tudo para adquirir o que desejamos.

Como se pode observar no relato a seguir, a participante reconhece o que está fazendo de errado para não conquistar tal corpo almejado:

Estou satisfeita entre aspas... 40 anos. Eu sei que ainda posso... Eu não melhoro porque eu não tenho hábitos saudáveis. Eu vejo o meu corpo exatamente como resposta da vida que eu tenho... Pode melhorar... Se eu melhorar algumas coisas (fem. 40 anos).

Na fala se vê uma pessoa consciente de suas atitudes com relação à saúde de seu corpo. As consequências em não cuidar da saúde estão diretamente relacionadas ao corpo, que responde de forma positiva ou negativa a esses cuidados.

Também foi observado na construção dos relatos que a representação social de corpo é vista de forma fragmentada e o descontentamento é frequente. Há a dificuldade para a pessoa ser feliz com o seu corpo como um todo, isto é, não existe um olhar ampliado, mas sim, a visão milimétrica é sempre exaltada. Para Breton (2003), a visão milimétrica do corpo refere-se ao fato de que na atualidade, as pessoas valorizam o corpo não de forma global, mas sim, o divide em unidades menores, na tentativa de obter uma visão minuciosa para os detalhes a serem corrigidos, atingindo assim, o tão almejado corpo perfeito.

A engenharia dos corpos como diz Breton (2003), pode ser observada nas falas abaixo:

[...] eu quero ganhar um pouco de massa muscular, eu quero perder um pouco de barriga, eu quero definir. Eu vejo meu corpo assim... Mais ou menos. Nem aquela coisa toda e (silêncio) mais ou menos (fem. 35 anos).

Eu o vejo cheio de defeito. Muita bunda, muito culote, muita barriga, muito peito... Assim tudo muito (fem. 28 anos).

Olha acho, eu acho bom. Só que meu abdômen está um fracasso. Mas o resto do meu corpo acho que está bom (masc. 18 anos).

Analizando historicamente o corpo, viemos de culturas que nunca o identificaram de forma completa e sem dicotomias. Na Idade Média, a alma prevalecia sobre o corpo e o inverso acontecia no Renascimento (MARQUES, 2007). Já na Modernidade, havia também a valorização do corpo, mas com outras representações e gerando outros acontecimentos. O corpo era tratado como máquina, fazendo a associação que a pessoa não sente, tendo um significado para a época de “máquina maravilhosa”, no qual o corpo físico é apenas produtor de trabalho desprovido de qualquer espiritualidade (BRETON, 2003; NOVAES, 2006).

Alguns participantes revelaram em seus relatos que vêem seus corpos em evoluções e transformações:

Em evolução (risadas)... Porque eu pretendo ir mais... Sempre mais (masc. 25 anos).

Tem que melhorar um pouco (rindo) (fem. 25 anos).

Estou contente com ele e quero ficar mais contente ainda (rindo (fem. 37 anos).

Como eu vejo o meu corpo? Precisando melhorar (risos) (masc. 37 anos).

Os corpos estão se transformando graças às academias, consideradas atualmente como usinas, fabricando corpos para o mercado de consumo e que se identificam com as representações sociais de corpo dos dias de hoje (NOVAES, 2008; SABINO, 2002). Nas falas, vemos participantes mostrando anseios por mudanças, apontando que o corpo está em transformação e em evolução, entretanto a forma de falar sobre as representações sociais de corpo estão envoltas em características subjetivas, pois elas revelam o desejo, mas não a mudança, especificamente. No estudo de Lima et al. (2008), a insatisfação corporal também foi apontada por 91 homens praticantes de musculação. Um conjunto de nove silhuetas, dispostas em ordem de mais alta porcentagem de gordura para corpos

mais definidos, foi mostrado aos participantes, para que assinalassem a sua imagem atual e a que queriam atingir. A maioria quer subir em média dois pontos na escala de imagem corporal. Damasceno et al. (2005) também notaram essa proximidade de dados em 186 pessoas praticantes de caminhada, sendo 87 mulheres e 98 homens. Apenas 24% das mulheres e 18% dos homens encontram-se satisfeitos com seus corpos.

Goldenberg e Ramos (2002), buscando o entendimento do corpo no contexto atual, descrevem-no como em mutação e instável, já que a religião, a família, a política e o trabalho se encontram enfraquecidos, ou seja, as pessoas da sociedade dos dias de hoje estão construindo as representações de seus corpos como meio de expressão. Por muitas vezes, a aparência física é colocada em maior destaque do que as conquistas financeiras, afetivas e profissionais (DAMASCENO et al. , 2005).

Fato interessante foi o relato de outro participante do sexo masculino quando ele refere-se ao espelho:

Pelo espelho (risadas)... Não sei como dizer... Eu vejo se transformando a cada dia né, e essa transformação às vezes se a gente não tomar cuidado, acaba se transformando em uma transformação prejudicial (masc. 50 anos).

O espelho não é um instrumento narcísico só de uso feminino para análises corporais, ou seja, a preocupação em atingir corpos esteticamente melhores, não é apenas atributo feminino.

Apesar da maioria dos participantes estarem insatisfeitos com os seus corpos, pudemos encontrar uma minoria que vê seus corpos como normais:

(silêncio). Normal... Só normal (masc. 25 anos).

Pela minha idade eu acho que eu estou bem. Eu gosto do meu corpo (risadas) (fem. 39 anos).

Bem (silêncio)... Bom, pra mim está bom (masc. 34a anos).

A manter mais por saúde mesmo, bem (masc. 29 anos).

Entretanto, os homens encontram-se mais satisfeitos com seus corpos do que as mulheres, já que dos seis relatos encontrados sobre a temática, quatro eram homens e duas eram mulheres.

Conforme aponta Marques (2007) em sua pesquisa, existem três grupos distintos de mulheres com relação à representação social de corpo na contemporaneidade: um grupo que faz tudo para atingir o padrão televisivo de corpo; outro que faz de seus corpos telas para expressões artísticas; e um grupo raro de mulheres que não se sente influenciado pela mídia, denominadas neutras, que possuem aspectos naturais representados em seus corpos. O autor cita as mulheres em seu trabalho, mas viu-se, nos relatos desta pesquisa, que os homens também se encontram nesse grupo raro de pessoas com representações neutras de seus corpos, ou seja, vêem os seus corpos como normais, sem necessidade de transformações e sem vê-los como peças isoladas.

A segunda pergunta feita aos participantes sobre o corpo foi “o que é o seu corpo para você.” Os dados apresentados na Tabela 5 revelam que o grupo dos participantes que sentem o seu corpo representando tudo em suas vidas é o maior, seguido por aqueles que o sentem como um instrumento para alcançar seus objetivos, sejam eles quais forem.

TABELA 5 - Representações sociais de corpo para os participantes

TEMÁTICAS	N	%
TODO: Minha vida Tudo Quase tudo	12	29%
INSTRUMENTO: Instrumento de trabalho Instrumento de sustento Instrumento para estudar Instrumento para cuidar da casa	8	20%
APARÊNCIA: Fonte de beleza Auto estima Felicidade Realização Pessoal	7	17%
SUBJETIVIDADE: Saúde Bem-estar	6	15%
COLOCAÇÃO SOCIAL: Cartão de visitas Presença na sociedade	5	12%
RELIGIOSIDADE: Morada do espírito Templo de Deus	3	7%
TOTAL	41	100%

Os participantes revelaram em seus relatos, entre outras questões sobre o corpo, uma representação geral de que o corpo significa tudo, quase tudo e também a própria vida:

Para mim é (silêncio), é 90%. Se estou bem com meu corpo, o restante eu consigo fazer com mais disposição (masc. 25 anos).

O meu corpo é importantíssimo porque é expressão do que eu faço... Então o corpo vai refletindo na pessoa que eu sou... Então para mim é primordial (fem. 30 anos).

Tudo. Dele eu dependo para fazer tudo (masc. 50 anos).

Tudo. Tudo. É minha saúde, meu instrumento de trabalho. Tudo (fem. 43 anos).

Os participantes colocam sobre os seus corpos a responsabilidade de propiciar felicidade plena em todos os sentidos e de ser responsável pelas

experiências de vida e ainda revelam que dependem dele para realizar tarefas importantes do dia-a-dia.

Podemos notar que alguns participantes além de representarem os seus corpos como “tudo”, fizeram a relação dele como produtor de trabalho seja para o sustento, estudo ou para cuidar da casa:

É importante, Estou quase satisfeito (rindo)... Para mim é importante para a atividade que desempenho. E até porque a gente dispõe, a gente demanda às vezes fazer muito esforço físico entendeu, e ajuda também nesse sentido (masc. 34 anos).

É o que eu preciso para estar trabalhando, estudando, é cuidar da minha casa. Então eu preciso de saúde (fem. 30 anos).

É tudo. É meu sustento. Meu aparelho (fem. 25 anos).

Tudo, tudo é minha saúde, meu instrumento de trabalho, tudo (fem. 43 anos).

Em um estudo realizado por Serpa (2007), pessoas com hipertensão arterial e diabetes também fizeram a relação corpo, trabalho e saúde. Entretanto, a realidade dos participantes acometidos de alguma doença, é diferente quando comparados com os participantes dessa pesquisa, que se encontram realizando as suas atividades do dia-a-dia. Os participantes da pesquisa de Serpa (2007) não estão trabalhando, pois a saúde encontra-se fragilizada. Pelos relatos dos participantes, essa forma de usar o corpo para a execução das atividades gera uma percepção de que este corpo é visto como uma máquina que precisa produzir.

É conferido ao corpo o status de máquina para produção de trabalho. Entretanto, na atualidade, é dada à academia a responsabilidade de gerar energia para essa máquina produzir o trabalho, pois um corpo esculpido, como é citado por vários autores (VILHENA, MEDEIROS, NOVAES, 2005; RUSSO, TOLEDO, 2006; SABINO, 2002), dá subsídios para as pessoas conquistarem melhores trabalhos e um bom posicionamento social. Sabino (2002) aponta que as academias de musculação se transformam em usinas, fabricando corpos para o mercado que se identificam com as representações sociais apresentadas nos dias de hoje em que os fortes, saudáveis e bonitos são dominantes, e os fracos, doentios e feios são dominados.

Pode-se observar que, além de gerador de trabalho, também é dado ao corpo a representação de saúde, relacionando essa parceria entre exercitá-lo e ganhar saúde e bem-estar:

O meu corpo é sinônimo de saúde. Se você está com corpo mal, está gordo é porque você está se alimentando mal e não está bem, não está saudável (masc. 29 anos).

Saúde, meu bem-estar (masc. 25 anos).

Tudo, tudo. É minha saúde, meu instrumento de trabalho, tudo (fem. 43 anos).

Percebemos que a concepção de saúde e doença está articulada com a idéia da representação social do que é esse corpo para os participantes. São revelados, nos relatos, que as noções de saúde e corpo são processos qualitativos, nos quais articulações do ambiente social com fatores biológicos, psicológicos e culturais de uma sociedade acontecem para que a representação social seja construída.

Foram identificadas pelos relatos, pessoas que tinham a necessidade de ter um corpo esculpido para a sociedade, ou melhor, a representação social de seus corpos foram traçadas para serem vistas como um cartão de visita para as conquistas:

Para qualquer lugar que se vai se você for feio, você vai ser notado e se for bonito também vai ser notado. Então, é bom você estar como bonito e não como feio (masc. 18 anos).

[...] o corpo da gente é a presença também um pouco da gente. Se a gente começa a engordar e ficar gordona, tudo que se coloca não fica bom. Até para sua autoestima, para você sair, mais paquerada (rindo)... Essas coisas (fem. 35 anos).

É a minha parte exterior assim, é tipo meu cartão de visita, rosto, corpo conjunto todo seria o cartão de visita, é uma parte importante (fem. 42 anos).

É tudo. É o que me leva para todos os lugares. É o que sustenta tudo. O corpo é o cartão de visita (fem. 45 anos).

De acordo com os relatos, ter um corpo belo é sinônimo de ter uma elevada autoestima, atingir os seus objetivos, sentir-se bem e ser bem visto socialmente. Atitudes com relação à feiúra vêm a modificar as relações interpessoais e a relação de se lidar com o corpo, produzindo vínculos sociais, repercutindo em nosso comportamento em lidar com o feio. Por muitas vezes, a gordura é considerada como paradigma de feiúra, possuindo um vetor de exclusão. Na contemporaneidade por muitas vezes, é dado ao corpo a representação de sucesso nas relações sociais, no trabalho e nas relações amorosas, tanto para homens quanto para mulheres (NOVAES; VILHENA, 2003).

Foi possível identificar certa religiosidade e valorização da alma sobre a representação de corpo em alguns relatos:

Eu acho que o corpo é essencial. A gente tem que cuidar... Que nem aquela velha... Clássica frase... Que é a morada do espírito. Eu acho que tudo. A expressão corporal influencia em tudo na vida eu acho (masc. 37 anos).

Você faz cada pergunta difícil também! É como e o meu corpo para mim? É a razão para meu viver... É a essência. A alma habita o corpo... Então o corpo é tudo para mim (masc. 37 anos).

Meu corpo é um, é um templo, é um templo de Deus, e eu tenho que cuidar legal. Deus não merece estar em um lugar bagunçado, zgado merece estar em um lugar legal. Cuida da mente, cuida do corpo (masc. 25 anos).

Por mais que a contemporaneidade esteja sedo influenciada pela valorização do corpo para atingir os objetivos individuais, existem pessoas que ainda se articulam com o passado, ou estão sendo influenciados pela valorização de certas crenças encontradas na atualidade, segundo as quais a dicotomia entre a mente e o corpo e a valorização da alma sobre o físico são encontradas. A alma é local de pureza e o espírito é indestrutível, portanto o corpo tem que estar à altura para alojar tais representações.

Podemos ver que a representação de corpo é o reflexo da maneira como a pessoa o sente. Portanto, esse corpo passa a existir e ter uma representação dentro da sociedade, atribuindo significados dentro de um universo cheio de

símbolos, tornando-se um fato gerador de cultura (VASCONCELOS; SUDO; SUDO, 2004).

A terceira pergunta referente ao corpo foi relativa aos padrões corporais dos dias atuais. Nos relatos, foi possível identificar os padrões de corpo que os participantes têm, conforme apresentado na Tabela 6.

TABELA 6- Os padrões de corpos na atualidade para os participantes

TEMÁTICAS	N=14 Mulheres falando de Mulheres	N=14 Mulheres falando de Homens	N=14 Homens falando de Mulheres	N=14 Homens falando de Homens
Nem muito forte Sem exageros Definido(a)	8 (57%)	4 (29%)	8 (58%)	5 (36%)
Magro (a)	6 (43%)	1 (7%)	—	—
Sem gordura	3 (21%)	—	—	—
Saudável Normal	2 (14%)	2 (14%)	2 (14%)	2 (14%)
Firme	1 (7%)	—	—	—
Com curvas	1 (7%)	—	5 (36%)	—
Sem barriga Sem gordura na barriga	—	2 (14%)	1 (7%)	2 (14%)
Nem muito gordo, nem muito magro	—	2 (14%)	—	—
Nem muito forte/gordo (a), nem muito magro (a)	—	—	6 (43%)	4 (29%)
Sem braço e perna fina	—	—	1 (7%)	2 (14%)
Vaidoso e elegante	—	—	2 (14%)	—

A maioria dos participantes não teve dúvidas em dar a sua opinião sobre a representação de corpo nos dias atuais:

Ah é... Nem tão magro como hoje está se pleiteando um... Acho magro demais. Nem tão gordo, mas mediano... eu acho um exagero essa tendência de magreza excessiva não gosto (fem. 42 anos).

Para sociedade é a mulher magra. Um corpo sem barriga, com bumbum, com, seios. E para o homem eu vejo assim... Que o homem anda ficando assim muito... É está entrando nessa mesma situação também. Vaidoso. Isso que eu queria dizer. Então ele também eu vejo assim... O homem procurando... Eu vejo pelo meu marido, pelo meu marido anda muito vaidoso, mais preocupado do

que eu com barriga, com peso, então... Eles têm olhado isso. Mulher também procura homem assim (fem. 30 anos).

A mulher eu acho que ela tem que se cuidar. Ela não pode ter barriga. Ter umas pernas bonitas assim, e não ser também tão forte. O homem acho que ele tem que se cuidar então a mesma coisa então não ter barriga... Que todo mundo, ninguém quer ter barriga, braço fino... Fica parecendo um calango (rindo) (masc. 25 anos).

Os relatos enfatizaram a influência que a sociedade sofre nos dias atuais com relação ao tema. O corpo é parte do contexto social e cultural e as relações das pessoas acontecem tanto da forma individual como coletiva, ou seja, falar de corpo tornou-se domínio de todos os níveis sociais e intelectuais (BRETON, 2003).

A representação de corpo associada aos músculos definidos fez parte dos relatos tanto dos homens quanto das mulheres. Os participantes almejam-na e também querem encontrá-la na pessoa do sexo oposto:

Para o homem acho é que bem torneado, bem malhado... (masc. 25 anos).

O homem tem que ter um corpo bem definido na minha opinião (fem. 35 anos).

A mulher não precisa ser magérrima tem que ficar firme e (pensando), alguma definição acho que é isso (fem. 37 anos).

Para a mulher gosto de uma perna torneada, assim... Bacana, barriguinha, mas nada de exagero (masc. 25 anos).

Esses dados também confirmam o trabalho de Lima et al. (2008), no qual os homens praticantes de musculação, almejam uma maior definição de seus corpos e, segundo Sabino (2002), as mulheres masculinizam os seus corpos para terem melhores chances de vencerem na vida, achando que conseguindo este corpo definido conseguirão um status de serem fortes, duronas e independentes.

Em alguns relatos, ser magra é a representação ideal de corpo para as mulheres e para a sociedade:

Para sociedade é a mulher magra (fem. 30 anos).

Acho que estar magra. Não precisa ser magérrima, mas magra (fem. 37 anos).

Padrão é infelizmente é inatingível pra mim (risadas). É o que e vejo aqui na academia. Aquela mulher que já nasce magra e depois desenvolve a musculatura. É a pessoa que geneticamente já não tem gordura (fem. 40 anos).

Em uma pesquisa realizada por Morgan et al. (2002), com universitárias expostas a fotos dos mais variados tipos físicos até imagens neutras, essas mulheres acham os corpos magros mais atraentes. Identificou-se, nos relatos das participantes desta pesquisa, a mesma idéia de corpo magro como padrão ideal de beleza feminino, o que não é compartilhado pelos homens. Os homens preferem o corpo mais feminino e com curvas:

Acho que a mulher seria o corpo violão, bem cheio de curvas mesmo, e bem durinho e no lugar (masc. 25 anos).

Para mulher aquela tipo cintura fina, bumbum grande e peito grande (rindo) (masc. 18 anos).

Mulher tem que ter sua sinuosidade, além do controle de peso (masc. 28 anos).

Pelos relatos, vemos que alguns homens ainda preferem as mulheres com seus contornos femininos, ao invés da disputa de terem corpos iguais, como apontam as mulheres em seus relatos de que querem corpos definidos e malhados.

Para a minoria dos participantes, o corpo não tem um padrão de estético sendo a representação de saúde vinculada a ele:

Um corpo saudável, você olha e vê que ele é saudável então o corpo saudável não importa se é alto, baixo, gordo porque às vezes a pessoa aparentemente gorda ela tem a estrutura óssea mais forte, já desde genética, essa coisa toda então. Se você olha o corpo que é saudável, que tem saúde você olha ele é já o corpo bonito, já harmonioso (fem. 57 anos).

Não... Olha só. O padrão de corpo é pessoal assim, é (pensando), no meu caso eu acho que é mais, a pessoa tem que buscar mais a saúde eu acho que você tem um corpo legal, é fundamental também, mas acho que a saúde é muito melhor é muito mais importante (masc. 43 anos).

Trabalhar e ver o corpo como normal e saudável, como vemos nas falas acima, foi relatado por uma minoria dos participantes. Na contemporaneidade, tratar o corpo como peça isolada tornou-se um fato. A insatisfação está presente e as mudanças são necessárias para nos enquadrar nessa nova realidade. Sendo assim, o ser humano começa a arquitetar o seu corpo almejado na tentativa de torná-lo perfeito (BRETON, 2003).

Foi perguntado para os clientes das academias de ginástica, se este padrão de corpo citado por eles poderia estar influenciando as relações sociais. A Tabela 7 apresenta as temáticas identificadas nos relatos.

TABELA 7 – A influência do corpo nas relações sociais segundo os participantes

TEMÁTICAS	N	%
PLENITUDE: Se você está bonito as relações melhoram Você está mais feliz Influencia em todas as relações	19	49%
EMPREGABILIDADE: O corpo é visto como aparência da empresa Ajuda tê-lo bonito É o cartão de visitas	12	31%
RELAÇÃO SOCIAL: Influencia no amor e nas amizades	4	10%
COMO ALGO NOCISO À SAÚDE: Influencia perigosamente na saúde	4	10%
TOTAL	39	100%

A maioria dos participantes revelou em seus relatos que o padrão de corpo citado por eles pode influenciar nas relações:

Acaba influenciando. Se você não está bem com o seu corpo você não vai se relacionar com outra pessoa. Vai ficar tímida. Então acaba influenciando sim (fem. 25 anos).

Pode influenciar... Tipo se você tem um corpo bonito, acho que você sente sua auto estima melhorar. Você se sente mais a vontade nos lugares. Às vezes até de frequentar uma piscina, uma praia, alguma coisa assim é melhor (masc. 25 anos).

Você está bem fisicamente e no seu profissional, isso influi. Você fica uma pessoa é... Esteticamente falando mais bonita, uma pessoa mais pra cima. No seu trabalho também. Você se comunica melhor

tem um melhor bom humor, então eu acredito que traga bons resultados (fem. 37 anos).

Esse padrão, que eu te falei? Influência assim... O meu conceito de que eu vejo uma mulher acho feminina, e tudo atraí. Eu acho bonita e tudo, charmosa, elegante (masc. 29 anos).

Russo e Toledo (2006) relatam que, atualmente, o corpo assume, para alguns, significados que vão além de corpo-objeto. Ele torna-se sinônimo de conquistas afetivas, posições e relações sociais de destaque. Duveen (2002) observa que as representações sociais são sempre construtivas, dando à pessoa a garantia de se encontrar e se situar nesse mundo, pois quando essas representações são internalizadas, expressam a relação da pessoa com o mundo a que está habituado, garantindo sua segurança e uma posição neste mundo. Drogue (2002) observa que a tríade corpo, social e cultura estão entrelaçadas nas representações atuais de corpo.

Nos relatos, ficou evidenciado que os homens revelam que o corpo exerce muita influência nas relações de trabalho:

Ele influencia na medida porque a sociedade estabelece um padrão de beleza, então às vezes à pessoa já te olha: aquela ali está bonita porque tem o corpo parecido com o de fulano... Até se você vai procura um emprego, se você às vezes está muito fora de padrão muito gordo, magra nem tanto mais se tiver muito gorda pessoal já te olha com olhos diferentes (masc. 42 anos).

Pode ajudar as pessoas, por exemplo, se vê uma pessoa que tem o corpo bonito, se chega na academia, por exemplo, vê uma pessoa com o corpo bonito, tal se começa a olhar e fala: puxa vida, eu vou malhar, malhar e vou ficar desse jeito ai, vai ficar com o corpo mais ou menos parecido com essa pessoa... Quando você chega na academia, por exemplo, o professor vem te atender. Aí vamos supor que seja um professor fortão assim... Gorda, ai você é fala: ichi! essa mulher dá aula aqui? (masc. 25 anos).

No trabalho também né aparência o corpo é aparência também (masc. 25 anos).

Ah, influencia bastante. Até porque, hoje a estética é o cartão postal, você chega, a primeira impressão é a estética. Então você já vê uma pessoa esteticamente bem você já tem a imagem bem sucedida, uma boa profissional e tudo (masc. 29 anos).

Observou-se que, além da influência do corpo de uma forma geral, os relatos são sobre a preocupação do homem em manter um corpo atrativo para as suas conquistas. Sabino (2000) comenta que os homens almejam aumentar o volume muscular e diminuir a gordura de seus corpos, buscando o corpo perfeito para obter o sucesso, o status e o dinheiro. Por meio do corpo, o homem fala que se torna possível achar parceiras no mesmo patamar estético e de ascensão social.

Metade dos participantes fez referência sobre a conquista de trabalho sendo influenciada pelo corpo, muito embora em outras oportunidades, na entrevista, essa informação seja contraditória, quando eles afirmam isso. Precisamos estar atentos, para que a resposta do participante não seja aquela que seria socialmente aceita, porque às vezes, o participante se sente na obrigatoriedade de dar algo que preencha a expectativa de quem está perguntando.

Alguns participantes afirmaram que o corpo influencia em tudo, inclusive no relacionamento social e amoroso:

Tudo! De um modo geral ainda, nós realmente olhamos a estética? Vou dar um exemplo: uma roupa, por exemplo, se você está mal arrumado a pessoa já olha, ou mal enfim barbeado, enfim de um modo geral, você está roubado. Porque você vai ser olhado de uma forma diferente. Não uma forma que seja uma forma mais interessante para aquela pessoa que está enxergando, mas sim o contrário né, uma forma negativa (masc. 43 anos).

Para mim o padrão de corpo representa tudo. Desde na paquera principalmente (risadas), na vida profissional... Se a pessoa tem uma carreira que dependa mais dos outros. E de falar em público... Você tem que manter a imagem. (masc. 37).

Olha... Faz diferença. Quando você se cuida, as pessoas te olham diferente. A pessoa que não se cuida, desde o estado físico, se vestir... Tudo é uma coisa só. Se você se apresenta bem é diferente do que uma pessoa largada, que não está nem aí para a vida (masc. 25 anos).

Acho no amor já é diferente. Porque é amor. Mas começa assim... Se você tiver um corpo bonito tem aquela aproximação (masc. 18 anos).

Nota-se, pelos relatos, a importância da imagem para a conquista de um bom posicionamento social. Com essa nova visão, a imagem tem uma importância

fundamental, na medida em que todos os olhares estão voltados para a perfeição deste corpo que se apresenta.

Alguns participantes estão preocupados com a influência da mídia, relacionada a obter um corpo imposto pelos meios de comunicação:

A gente já vê né direto na televisão. As meninas muitos magras. A sociedade cobra... Isso é perigoso (fem. 39 anos).

No meu caso eu tenho a sorte de ser magra então eu posso até ficar como a Adriana Galisteu (risadas), mas para pessoas que não tem esse biótipo... As pessoas estão ficando meio psicopatas com o corpo e acabam em vez de fazer bem acabam fazendo mal, porque a pessoa restringe muito as coisas que ela gosta para chegar neste padrão (fem. 30 anos).

Ah... Eu acho que dá muito distúrbio alimentar, tem gente que deixa de comer. Até acho que pode causar depressão de repente, influencia toda até a parte psicológica, influencia em muita coisa (fem. 42 anos).

Pessoalmente não muita coisa, mais para gurizada para essas meninas muito jovens que seguem. Faz qualquer coisa pra seguir um padrão eu acho (pensando), complicado (fem. 43 anos).

Vemos nas falas dos participantes que o padrão televisivo pode influenciar perigosamente na saúde. Esses dados também estão de acordo com os encontrados nos relatos da pesquisa de Fernandes (2005) que constatou que, para alcançar o padrão de beleza estipulado, valem inúmeras intervenções, às vezes nada saudáveis. Por meio da transformação de seus corpos, querem transformar a sua relação com o mundo, por meio de uma mudança simbólica, transformando-o para conseguir se sentir bem dentro do contexto atual, isto é, da busca de um corpo admirável (BRETON, 2003). Observou-se nos relatos desses participantes, que são mulheres na faixa etária de 30 a 43 anos, uma preocupação com a geração mais nova. Essa inquietação está atrelada ao fato de que essa geração mais nova, estaria procurando meios não saudáveis, para alcançar este corpo perfeito, ao exemplo da bulimia e da anorexia.

Foi perguntado aos participantes se eles já tinham realizado alguma intervenção cirúrgica. Em caso afirmativo, perguntava-se qual foi a intervenção e, em caso negativo, também se perguntava se teria vontade de fazer.

Observou-se que por mais que essas academias esculpam e transformem os corpos das pessoas, descrita por muitos teóricos (SABINO, 2000; BRETON, 2003; GOLDENBERG, RAMOS, 2002), no que diz respeito às intervenções cirúrgicas para alcançar o tão almejado corpo perfeito, foi encontrado que muitos não realizariam nenhuma cirurgia.

Como Goldenberg e Ramos (2002) observam, o corpo está tentando buscar um entendimento, já que a religião, a família, a política e o trabalho também se encontram enfraquecidos. Entretanto, na realidade desta pesquisa, a cirurgia não faz parte desse contexto.

Dos 28 participantes da pesquisa, 17 (60,71%) fizeram alguma intervenção, sendo seis (35,29%) voltadas para a estética: mamoplastia, silicone, abdominoplastia, lipoaspiração, uma plástica que a participante não quis dizer qual foi e correção visual. Houve seis mulheres (35,29%) que fizeram cesáreas e, dentre elas, uma gostaria de fazer cirurgia na barriga. Outra entrevistada gostaria de fazer cirurgia na barriga, nos glúteos e nos seios. As outras intervenções foram três (17.64%) cirurgias ortopédicas, um participante (5.88%) tirou a vesícula e outro fez uma varicocele. Um participante não sabia se queria ou não realizar uma intervenção cirúrgica e três responderam que não fariam de forma alguma. Apenas uma das participantes relatou ter se submetido a cirurgia plástica:

Já fiz uma mamoplastia aos trinta. Ai eu não coloquei prótese foi uma coisa só pra (silêncio), rever algumas coisa... Três filhos... Amamentei e tudo. Tem vontade de fazer outra? Tenho. Todas que eu puder (rindo) (fem. 40 anos).

Dois participantes do sexo masculino mostraram a busca para estarem de bem com o espelho. Um deles realizou uma cirurgia no abdômen e outro não quis falar o que fez, dizendo “ser coisa simples”, mas não escondeu querer fazer uma cirurgia no rosto.

Dos 11 participantes que não fizeram nenhuma intervenção cirúrgica, nove (39,28%) também não tem vontade de fazê-la. Apenas dois (18,18%) gostariam de realizá-la, sendo uma colocar silicone e outra fazer uma intervenção no rosto.

O culto ao corpo é uma realidade na sociedade: o corpo é esculpido para produzir trabalho; a imagem corpórea tem que ser melhorada para atrair o sexo oposto nas relações amorosas; e tem que ser um cartão de visitas para conquistas de melhores empregos. Viu-se que a subjetividade impera quando nos deparamos com um tema tão ligado às ações qualitativas dos seres humanos.

4.2.4 Considerações sobre as academias de ginástica

Buscou-se identificar os motivos que levam os participantes desta pesquisa a frequentarem uma academia, tendo em vista que, a partir desta interpretação, pode ser inferido como estas pessoas constroem suas representações relacionadas aos cuidados do corpo e da saúde.

O primeiro questionamento feito aos participantes foi o que o levou a frequentar uma academia. Identificou-se que não foi apenas um motivo que os levou a realizar os exercícios físicos. Como em outras análises, houve um número maior de participações nas temáticas do que o número total de participantes, como mostra a Tabela 8.

TABELA 8 – Motivos para ingressar na academia

TEMÁTICAS	N	%
FÍSICO E ESTÉTICA: Melhorar o físico Condicionamento físico Corpo malhado Estética	17	40%
SUBJETIVIDADE: Saúde	15	36%
MANUTENÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA DOENÇA: Cirurgia ortopédica Problemas de saúde Ordem médica	6	14%
COMO BEM-ESTAR: Qualidade de vida Bem-estar	4	10%
TOTAL	42	100%

Identificou-se que a maior preocupação dos participantes, ao procurar uma academia, é melhorar o condicionamento físico e a estética:

Melhorar minha resistência física, estética mesmo e porque eu jogo tênis e futebol às vezes. Então sempre é bom. Mas, além disso, condicionamento físico e estético mesmo (masc. 25 anos).

Melhorar o condicionamento físico... Sou magra, mas estou precisando acabar com a barriga (fem. 30a anos).

É melhorar meu condicionamento físico e meu corpo (masc. 18 anos).

Para estes participantes, o fator corpo é o único motivo para estarem em uma academia. Quando o participante do primeiro relato diz “melhorar o condicionamento físico”, ele utiliza a academia para aprimorar a “máquina humana”, isto é, quer aperfeiçoar o seu corpo para realizar suas tarefas diárias que acha importante, no caso melhorar seu rendimento no esporte.

Também nota-se que o condicionamento físico vem entrelaçado com a estética. Sabino (2002) observa que as academias de musculação na atualidade, são consideradas verdadeiras usinas que fabricam corpos para o mercado. Em outros relatos, a melhoria da saúde e o aperfeiçoamento do físico, possuem graus de importância equivalentes. Notou-se em alguns relatos, que o termo condicionamento físico tornou-se ambíguo, por haver a associação desta palavra com a estética e também com a saúde, como nos exemplos a seguir:

É (silêncio) pela saúde, e também pela estética (masc. 43 anos).

É (silêncio), preocupação com a saúde em primeiro lugar depois estética (fem. 43 anos).

Pela saúde e pela força muscular e também pela estética (fem. 45 anos).

Condicionamento físico, querer emagrecer e saúde (masc. 28 anos).

Esculpindo o corpo na academia, consegue-se atingir os dois objetivos simultaneamente. A maioria dos participantes reconhece que saúde está em

comunhão com o físico esteticamente trabalhado, portanto uma visão mais íntegra do corpo é compreendida por estes participantes. A academia é utilizada para a estética, mas também como local de prevenção e manutenção da saúde. A estética está ligada aos aspectos que podem ser aferidos, como peso e massa muscular. Já a saúde revela representações de características subjetivas e individuais, tendo significados diferentes para cada participante, dependendo do contexto social em que estão inseridos.

Alguns dos participantes estão na academia pela saúde, mas não por vontade própria, mas sim por recomendação médica, por problemas de saúde ou recuperação ortopédica:

Foi porque eu fiz uma cirurgia primeiro e precisava fazer fisioterapia no joelho. (masc. 25a anos).

Eu tenho problema de diabetes e resolvi para melhorar a saúde. Você tem que ter uma caminhada, um exercício diário (masc. 25b anos)

Foi por conta de problema da coluna. Foi ordem médica (masc. 45 anos).

O excesso de peso. E assim... Fora o excesso de peso uma falta de bem-estar sabe... E aí quando eu comecei a ver, eu entrei numa academia (fem. 28 anos).

Os participantes que estão frequentando uma academia por problemas de saúde, o fazem por saberem e acreditarem que o exercício físico traz benefícios para a sua melhora, de uma forma geral, independente da patologia encontrada. Nesses casos, a procura de uma academia tem como papel principal a recuperação da saúde, mas também, com a continuidade dos programas de exercícios, acontece a manutenção e a promoção da saúde, evitando que a doença se instale.

Identificaram-se também participantes que têm uma representação voltada para aspectos subjetivos, como motivos para frequentarem uma academia:

Qualidade de vida uma melhoria do bem-estar mesmo e um melhor físico, corpo mais malhado (masc. 34a anos).

Bem-estar, a saúde mesmo, além do corpo: corpo e físico (fem. 25 anos).

Primeiro lugar é claro é o físico. Ai depois é saúde, qualidade de vida (fem. 39 anos).

Na verdade a primeira vez que procurei uma academia foi para desenvolver mesmo a musculatura... Eu ainda era meio adolescente. Hoje em dia não. Eu procuro mais pela saúde, qualidade de vida (masc. 37 anos).

Mais dois fatores foram abordados em relação a frequentar uma academia: a qualidade de vida e o bem-estar. Scliar (2002) relata que quando pensamos em saúde e bem-estar, estamos entrando em uma ordem qualitativa de sentidos e são subjetivos para cada pessoa.

Também se perguntou aos participantes qual o motivo de estarem nas academias em que estão fazendo os seus exercícios físicos. Pôde-se observar nos relatos que onze motivos emergiram, grupados em sete temáticas, como mostra a TABELA 9.

TABELA 9 – Motivos para frequentarem determinada academia

TEMÁTICAS	N	%
ACESSO: Localização	14	30%
INFRAESTRUTURA: Estrutura Bons aparelhos Pelo horário Aula oferecida	14	30%
AMIZADE E BEM-ESTAR: Pelos frequentadores Sente-se bem Ama o local	11	23%
ATENDIMENTO: Bons professores Conhece o proprietário	8	17%
TOTAL	47	100%

Dos 28 participantes, 14 apresentaram a localização como fator determinante para a escolha da academia. A justificativa dada por eles foi a proximidade de suas residências com a academia:

Porque é a mais perto. Eu moro aqui em baixo então eu posso vir a pé ou de bicicleta. E eu gosto de andar de bicicleta. Exercita (fem. 48 anos).

Essa academia é mais próxima da minha casa. Bem pertinho daqui (masc. 34 anos).

Pela localidade próxima da minha casa (fem. 30 anos).

Está perto da minha casa, não dependo de carro e gostei do pessoal daqui... (fem. 57 anos).

A localização é um dos fatores citados como determinantes para a escolha de uma academia. Citado por autores como Venlioles (2005) e Neto (1994), em cursos de marketing e gestão de academias, uma localização estratégica, com fácil acesso e bom estacionamento viabilizam uma maior frequência de usuários às academias de ginástica.

Alguns participantes da pesquisa escolheram a academia pela sua infraestrutura. Bons aparelhos, horário de oferecimento de aulas e estrutura física são fundamentais para a escolha de uma academia:

Mais próximo de casa, estrutura dela também me agrada (masc. 34b anos).

Eu sempre passo aqui em frente, todos os dias. Eu moro aqui perto e eu gostei também da cara nova que academia ficou. Chamou atenção, porque eu não conhecia ninguém que malhava aqui (fem. 42 anos).

Porque é a melhor de Campo Grande, os melhores equipamentos... Apesar de não ser a melhor do Brasil, mas comparando com as outras de Campo Grande, na minha opinião é a melhor (masc. 28 anos).

Vemos nesses relatos que, para esses participantes, não há a preocupação de vínculos de amizade. Sabino (2002) aponta que as academias são verdadeiras fabricas de corpos e Goldenberg e Ramos (2002) a definem como indústria dos músculos. Portanto, é plausível que pessoas que não têm a amizade como fator de escolha façam seus exercícios físicos em locais definidos por elas como a melhor academia para alcançar seus objetivos.

Também se destacou nos relatos a escolha da academia pelos participantes fazendo referência aos vínculos de amizade que são feitos nesse local, e também sentir-se bem e amar a academia escolhida:

Eu sou muito de trocar de academia. Sempre troquei. Fiquei um ano, no máximo ficava três anos, mas aqui eu me adaptei bem. Eu gosto daqui, espaço físico, as pessoas são legais, tipo uma família mesmo. As pessoas são mais da minha faixa etária também (fem. 39 anos).

... É a academia dos meus primos e é uma academia que eu me sinto bem (fem. 37 anos).

Essa por uma questão de localização ai assim... Apesar de amar né. Deu muito certo. Se não tivesse dado certo já teria mudado porque existem outras na região (fem. 40 anos).

Por indicação de (silêncio), amigas (fem. 43 anos).

Pelos amigos que malham aqui... (fem. 45 anos).

Para uma parcela de frequentadores de academias de ginástica, o vínculo de amizade facilita e melhora a permanência no local para fazer os exercícios físicos. Na atualidade, em que os compromissos, a jornada diária de trabalho e estudos, as obrigações com a casa e com os filhos são infindáveis, o ambiente da academia de ginástica torna-se propício para estreitar laços e momentos de lazer. Breton (2003) observa que, nos dias atuais, a academia de ginástica pode oferecer um aconchego momentâneo de compartilhamento de horas agradáveis em contato com os outros.

Alguns participantes escolheram a academia pela equipe de professores para atender aos seus objetivos. Bons professores, referências e conhecer o trabalho do proprietário são fatores para elegerem a academia a ser frequentada:

*Bom eu tive ótimas referências daqui, até da **** que é minha personal e proprietária, vim para conhecer. Achei o espaço incrível e vim para cá. Não tive dúvida (fem. 25 anos).*

Os professores daqui mesmo que troquem, sempre são pessoas muito agradáveis e simpáticas. Gente alegre e de bem com a vida. Isso é muito importante (fem. 57 anos).

Meus amigos já tinham falado, eu malhava em outra academia e a diferença daqui é o atendimento mesmo, que estrutura é o básico de qualquer academia, mas o negócio do instrutor estar sempre

apoando, sempre em cima, para mim foi bem surpresa mesmo (masc. 25 anos).

Como se identificou, existem muitos fatores a serem considerados para a escolha de uma academia pelos participantes da pesquisa. Ao planejar a estrutura física e humana de uma academia de ginástica, todos os fatores devem ser levados em consideração se o proprietário quiser ter sucesso em seu estabelecimento. Estudar a região para ver como são as pessoas que residem no seu entorno é um passo importante para a ascensão do negócio.

A diversidade de academias, hoje, nos dá subsídios para escolhê-las de acordo com nossos objetivos. Por isso, perguntou-se aos participantes o que influencia na escolha da academia. Houve uma pequena variação nos relatos dos participantes, em comparação com a pergunta anterior, como se observa na TABELA 10.

TABELA 10 – Fatores que influenciam na escolha da academia

TEMÁTICAS	N	%
ATENDIMENTO: Profissional preparado e atencioso Atendimento	17	33%
INFRAESTRUTURA: Estrutura Horário de aulas	15	29%
AMIZADE E BEM-ESTAR: Ficar a vontade Ambiente agradável Amigos	11	22%
ACESSO: Localização	8	16%
TOTAL	51	100%

Na escolha da academia, o único fator de influência que merece destaque, em relação à pergunta anterior, é a variação nos relatos quanto ao aspecto humano:

Com certeza o profissional é fundamental (fem. 57 anos).

Se a academia tem um profissional adequado, com estudo se preparou (fem. 30a anos).

Me oferecer o que procuro e qualidade dos professores (masc. 29 anos).

A qualidade de atendimento... (fem. 37 anos).

Para mim uma das coisas foi amizade, e depois o profissionalismo que eles tinham. Isso então eles eram dos dois lados, uniu as duas coisas ser capaz e ser amigo (masc. 45 anos).

A academia é um ambiente de sociabilização e se faz necessário um profissional completo, que atenda desde o acompanhamento técnico do aluno até o emocional. O vínculo social entre frequentadores e professores também é valorizado. O conhecimento técnico deve coexistir com um bom atendimento.

As outras temáticas identificadas nos relatos que influenciam na escolha da academia são semelhantes às encontradas na pergunta anterior, ou seja, a estrutura, localização, amigos e ambiente agradável são também importantes para a escolha da academia.

Também se perguntou para os clientes da academias de ginástica, como é que eles escolhem o professor para o acompanhamento de suas rotinas de exercícios físicos, como aponta a TABELA 11.

TABELA 11 – Fatores que influenciam na escolha do professor

TEMÁTICAS	N	%
DEDICAÇÃO PROFISSIONAL: Atenção Observação Paciência	14	37%
EXPERIÊNCIA E TÉCNICA: Entendimento Conhecimento Experiência Capacidade Profissionalismo Seriiedade	13	34%
IR ALÉM DA TÉCNICA: Incentivo Astral	9	24%
IMAGEM CORPORAL: Aparência	2	5%
TOTAL	38	100%

Foram identificados nos relatos quatro grupos de respostas sobre as razões dessa influência: o cliente em busca de atenção, o cliente em busca dos aspectos técnicos, o cliente em busca de estímulos positivos de seu professor e o cliente em busca da estética do professor.

Observou-se que a formação e a preparação do profissional de Educação Física devem estar pautadas não apenas em elaborar aulas de ginástica e programas de musculação. O cliente da academia também procura um profissional atencioso e que o estimule, por meio de incentivos positivos, a continuar com suas rotinas diárias de exercícios:

Atenção que ele tem. A observação que ele dá para o aluno, a simpatia dele, o interesse dele pelo aluno não importa quantos alunos tenha, mas ele está sempre disposto a dispensar uma atenção para a gente. Isso é fundamental (fem. 57 anos).

Que ele seja um bom profissional e principalmente o modo de ser tratada influencia muito (fem. 55 anos)

Atenciosidade, conhecimento... Tempo também. Tudo (masc. 28 anos)

O professor tem que incentivar o aluno, tem que cobrar também. A gente reclama, mas não adianta a pessoa tem que cobrar. Só funciona se você é cobrada e infelizmente é assim. O professor... Ele dá muita atenção ao aluno (fem. 39 anos)

A academia de ginástica tem como objetivo principal, para muitos autores como Sabino (2002), Breton (2003) e Novaes (2008), a transformação de corpos. É uma realidade encontrada nas três academias pesquisadas. Entretanto, o fator humano é considerado muito importante para os participantes. As relações sociais são evidenciadas como importantes na estrutura de vivências desses locais.

Também se identificou que a experiência, a capacidade, o profissionalismo, a seriedade, o entendimento e o conhecimento foram palavras citadas pelos participantes e foram pré-requisitos na escolha do profissional, isto é, o conhecimento técnico foi valorizado por uma parcela de participantes:

O nível de conhecimento dele (masc. 29 anos)

Se for um professor, que ele seja bem profissional que ele estimule o aluno. A gente gosta disso quando o professor estimule você, sinta firmeza, que ele tenha conhecimento naquela área em que ele atua (fem. 42).

Profissionalismo, atendimento ao aluno, preocupação se o aluno está fazendo correto ou não, seriedade. Um professor que fica só olhando para o umbigo já não me serve (fem. 37 anos).

Mais o nível de conhecimento dele (masc. 29 anos).

Se ele foi preparado, se ele tem alguma experiência (fem. 30a anos).

Cada vez mais o mercado de trabalho mostra que, para ser um profissional de sucesso, o professor de Educação Física tem que se preocupar não apenas com um ou outro aspecto dentro da academia. Os relatos identificam um cliente que espera um profissional humano, mas também com conhecimento técnico.

A estética do corpo do profissional da Educação Física foi um fator que influenciou dois participantes:

Aparência dele também conta porque se ele não se cuida ele não vai saber cuidar de outra pessoa (fem. 25a anos).

*Eu tive ótimas referências da ****, e ai quando eu cheguei para conversar com ela eu vi um corpão falei putz, é ela (fem. 25 anos).*

Nesse caso, podemos concordar com Chaves e Ferreira (2007), que afirmam que o corpo influencia na empregabilidade. O conhecimento técnico dos profissionais de Educação Física foi deixado de lado e a estética prevaleceu. Esse fato torna-se preocupante, quando analisamos esses relatos relacionando com o estudo de Chaves e Ferreira (2007). Se há esta exigência de um corpo esteticamente dentro de um padrão para se ter um emprego, o profissional de Educação Física usará dos mais variados artifícios para conquistá-lo, como o uso de anabolizantes, já que nem sempre a genética favorece a todos para a construção de um “corpo malhado”. Com isso, um círculo vicioso será constituído: de um lado o profissional de Educação Física usando anabolizantes para ter um corpo ideal de emprego, e de outro o cliente decepcionado em não conseguir atingir a mesma imagem corporal de seu professor.

A academia de ginástica é um universo que reúne pessoas das mais variadas realidades, nos quais os aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos são entrelaçados às representações sociais de saúde, doença e corpo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa identificou as representações sociais de saúde, doença e corpo para os clientes de academias de ginástica de Campo Grande – MS, com o intuito de ampliar o entendimento acerca da relação que esta população tem de seus corpos com hábitos saudáveis para a manutenção e promoção da saúde, bem como a prevenção de doenças. Também foram contemplados, neste trabalho, os motivos que levaram os participantes a frequentar uma academia de ginástica e o que influenciou na escolha dela e de seu professor. Estes dados são considerados importantes, pois possibilitam o entrelaçamento de conhecimentos e reflexões para os pesquisadores da saúde, do corpo e profissionais atuantes em academias de ginástica.

Frequentar uma academia de ginástica significa ocupar o tempo livre, no qual a pessoa não está realizando as obrigações diárias como trabalhar, estudar, cuidar da casa e dos filhos, para realizar uma rotina de exercícios e alcançar os objetivos relacionados à saúde e ao corpo.

Observou-se que as representações sociais de saúde, doença e corpo dos participantes, são construções influenciadas pelo meio social em que vive. Para a maioria, não existe apenas uma representação construída sobre os temas da pesquisa, mas sim, um corpo influenciado pelos meios de comunicação, pelas relações sociais e de trabalho e pela importância dada à promoção e à manutenção da saúde.

As considerações feitas à saúde e ao corpo, para a maioria dos frequentadores das academias de ginástica são representações de “tudo ou quase tudo” em suas vidas. Pode-se observar, pelos relatos, que existiu uma relação na representação do que é saúde e a representação do que é corpo para os participantes. Para eles, ter saúde é poder trabalhar, estudar e fazer exercícios físicos, e a representação de corpo para estes participantes também é vista como instrumento de trabalho, de sustento, de estudo e de poder cuidar da casa. Portanto, a academia de ginástica para estes clientes é utilizada para dar ao corpo subsídios para que possam realizar suas tarefas diárias. O corpo é tratado como máquina e seu valor está no ato de fazer e produzir o trabalho.

Os relatos também revelaram que as representações sociais de saúde, doença e corpo estão ligados aos aspectos de sentimento das pessoas. Não podem ser aferidos e também não têm o mesmo significado para todos os participantes, mas o grau de importância é considerado representação de grande valor para os dias atuais. A saúde e o corpo trazem a felicidade e a pessoa se sente bem no seu dia a dia. A doença gera representações de tristeza, coisas más e ruins para os participantes.

Quanto à doença, as representações são uma negativa das possibilidades de saúde. Enquanto saúde é ter hábitos saudáveis ligados à alimentação e fazer exercícios físicos, para os participantes, a doença se instala quando não existe esse cuidado. A representação de doença também é vista como fator limitante, impossibilitando a viver, prejudicando a saúde e fazendo mal para o corpo. Outra representação encontrada nos relatos é a doença relacionada aos sentimentos. Com a doença, o desânimo se instala para realizar as tarefas de obrigação diária, como trabalhar e estudar, assim como prejudica o lazer, ou seja, viajar e fazer exercícios físicos. Todo esse contexto, como é apontado pelos participantes, influencia de forma negativa a vida social, familiar e as condições de trabalho das pessoas.

Por meio dos relatos dos participantes, podemos identificar que o cuidado com a saúde está diretamente ligado ao cuidado com o corpo. A academia de ginástica é utilizada para esculpir corpos e também para manter e promover a saúde. Também não se pode esquecer que ter saúde é ter moradia e acesso a alimentação balanceada. Isso é identificado quando os participantes se referem à representação de saúde, não somente a aspectos estéticos ou físicos de não sentir dor ou não estar doente, mas sim, uma visão ampliada de saúde, fazendo referência ao modelo biopsicossocial de atendimento.

Entretanto, para alguns participantes, as representações sociais de saúde e de corpo são construídas de formas dicotomizadas. O corpo/físico é separado da mente/alma. De acordo com os participantes, a saúde é adquirida pelo equilíbrio dessas partes. Porém, não há a valorização de uma sobre a outra, por mais que haja essa separação.

A representação de doença também vem de forma fragmentada de acordo com os participantes. A doença se instala por falta do equilíbrio do corpo e da mente e, para alguns participantes, a falta de fé, ou seja, a valorização da alma sobre o físico é responsável pelo estado doente da pessoa. Por mais que pesquisadores atuais tratem a pessoa como um universo único e sem dicotomias, viemos de um passado com valorizações de um sobre o outro. São representações arraigadas e que podem exercer influências até os dias de hoje.

Outro aspecto contemplado por esta pesquisa é a importância do corpo nas relações sociais. Refletir sobre as representações sociais que os participantes têm de corpo é identificar o seu papel na sociedade. A minoria dos participantes encontra-se satisfeita com os seus corpos. Ao fazer a pergunta “como você vê o seu corpo”, encontrou-se nos relatos as representações de insatisfações e tentativas de transformações. O corpo não é visto em sua totalidade, mas sim fragmentado. Viu-se que são apontados os descontentamentos com o corpo, mas não são apontadas quais e onde deveriam ser feitas tais transformações. Pode ser que o corpo esteja sendo um veículo para impor uma tentativa de mudanças e insatisfações sociais e culturais, mostrando assim, um período de transição de idéias e costumes, conforme apontam tantos autores.

Para os participantes, o corpo, na atualidade, influencia as relações de amizade, de amor e de trabalho, caracterizando uma realidade de que a imagem prevalece, como primeira impressão, sobre o que a pessoa tem a oferecer de conhecimento

Outros dois fatores analisados foram as considerações sobre a academia de ginástica e a escolha do professor. Esse aspecto torna-se importante a partir do momento em que há a preocupação dos proprietários e profissionais da Educação Física em oferecer o melhor para os seus clientes. Pelos relatos, os clientes de academias de ginástica procuram os profissionais por fatores relacionados à recomendação médica, à manutenção e promoção da saúde, para o condicionamento físico e estético.

Os participantes também apontam que as influências para a escolha da academia de ginástica são a localização, os vínculos de amizade, bons profissionais

e a infraestrutura. Quando indagados, os participantes querem que seu professor seja atencioso, tenha conhecimento técnico, o incentive positivamente na rotina de exercícios e que tenha uma boa aparência. Observa-se que os clientes das academias de ginástica desta pesquisa são pessoas exigentes e sabem o que precisam para alcançar os seus objetivos. Nessa análise, alguns aspectos não podem ser esquecidos: as regras de marketing são muito claras ao dizerem que a concorrência está cada vez mais acirrada; os meios de comunicação mostram a todas as pessoas o que está sendo oferecido no mercado do *fitness*; e o tempo das pessoas está cada vez mais escasso. Os relatos obtidos vêm de encontro à realidade do mercado. A academia tem que ter um bom acesso para o seu cliente; ambiente agradável e amigável, já que ele está usando o seu precioso tempo disponível; e profissionais completos para o culto ao corpo para que possam atingir seus objetivos individuais, isto é, a manutenção e a promoção da saúde, o condicionamento físico e estético.

Por meio deste trabalho, pode-se ver que as representações sociais de saúde, doença e corpo vêm passando por transformações e que conceitos antigos estão entrelaçados com os atuais, formando novas representações.

Sugere-se realizar estudos que identifiquem as novas concepções de homens e mulheres nesta realidade do culto ao corpo. Seria também pertinente observar a representação social que os profissionais de Educação Física atuantes em academias de ginástica têm sobre a saúde e a doença, se essas representações exercem influência nas representações de seus alunos e de que forma suas representações norteiam suas atuações profissionais.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de Representação Social**. 2 ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27-38.

_____. O estudo experimental das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p.155-171.

ADAM; HERZILICH. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: Editora da Universidade do Sagrado Coração de Jesus, 2001.

ARRUDA, A. Representações sociais e movimentos sociais: grupos ecologistas e ecofeministas do Rio de Janeiro. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C.(Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2 ed. Goiânia: AB, 2000. p. 71-85.

_____. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Caderno de Pesquisa**, Rio de Janeiro, n. 117, p. 127-147, nov, 2002.

BANDEIRA, L; ZANOLLA, S. Corpo belo, indústria cultural e possibilidades crítico-formativas: primeiras aproximações. In: **XV Congresso Brasileiro de Ciência do Esporte**. Pernambuco, 2007. Obtido em: www.cbce.org.br. Acesso em 30 dezembro 2008.

BECKER, Daniel. **No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família**. Rio de Janeiro. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001. 117p.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. São Paulo: Graal, 1979.

BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. 1986. Obtido em: www.conselho.saude.gov.br. Acesso em: 19 maio 2009.

_____. **Carta de Otawa: primeira conferência internacional sobre promoção da saúde**. 1986. Obtido em: www.opas.org.br/coletiva/uploadarq/ottawa.pdf. Acesso em 19 novembro 2009.

_____. **Lei Orgânica da Saúde**. Presidência da República. Lei n. 8080/1990. Obtido em: www.conselho.saude.gov.br. Acesso em: 19 maio 2009.

BRETON, D. L. **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade**. 3 ed. Papirus, 2003.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde e doença. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.4, p. 923-931, jul/ago, 2003.

CARDOSO, P. G.; ARRUDA, A. As representações da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 19, n.1, p. 151-162. 2004.

CAVALCANTI, M. R. D. O surgimento do conceito de “corpo”: implicações da modernidade e do individualismo. **CAOS-Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, Paraíba, n.9, p. 53-60, set, 2005.

CHAVES, S. F.; FERREIRA, N. T. Educação Física e Esteróides Anabolizantes: riscos e desejos no labirinto dos espelhos. In: **XV Congresso Brasileiro de Ciência do Esporte**, Pernambuco, 2007. Obtido em: www.cbce.org.br. Acesso em: 30 dezembro 2008.

COELHO, H. **A circulação de sentidos de promoção da saúde e de prevenção de doenças na mídia impressa**. Campo Grande. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Católica Dom Bosco, 2007.

DAMACENO, V. O.; LIMA, P. J. R.; VIANNA, J. M.; VIANNA, V. R. A.; NOVAES, J. S. Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 11, n. 3, p. 181-186, mai/jun, 2005.

DROGUETT, J. G. Corpo, imagem e cultura. In: LYRA, B.; GARCIA, W. (Orgs.). **Corpo & Imagem**. São Paulo: Arte & Ciência. 2002, p. 287-292.

DUVEEN, G. Crianças enquanto atores sociais: as representações sociais em desenvolvimento. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Psicologia Social: textos em representações sociais**. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p.261-293.

EDMONDS, A. No universo da beleza: Notas de campo sobre cirurgia plástica no Rio de Janeiro. In: GOLDENBERG, M. **Nu & vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca**. Rio de Janeiro: Record, 2002, p. 189-262.

FERNANDES, C. R. Significados da ginástica para mulheres praticantes em academias. **Revista Motriz**, Rio Claro, v. 11, n. 2, p.102-107, mai/agos, 2005.

FILHO, C. A. A. C. **Metamorfose de um corpo andarilho**. Casa do Psicólogo, 2006.

FONSECA, R. M. G. S. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 5-13, jan, 1997.

GARCIA, L. S. F. **As representações sociais de saúde e doença para crianças e adolescentes com problema de obesidade**. Campo Grande. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Católica Dom Bosco, 2008.

GATTI, J. O homem forte: ressignificações. In: LYRA, B (Org.) **Corpo e imagem**. São Paulo: Arte & Ciência, 2002. p.31-49.

GOLDENBERG, M.; RAMOS, M. S. A civilização das formas: o corpo como valor. In: GOLDENBERG, M(Org.). **Nu & vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca**. Rio de Janeiro: Record, 2002. p. 19-41.

GUERRA, I. C. **Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo - sentidos e formas de uso.** Principia, 2006.

GUZZO, M. Riscos da beleza e desejos de um corpo arquitetado. **Revista Brasileira de Ciência e Esporte**, Campinas, v. 27, n.1, p. 139-152, set, 2005.

HANSEN, R; VAZ, A. F. Treino, culto e embelezamento do corpo; um estudo em academias de ginástica e musculação. **Revista Brasileira Ciência e Esporte**, Campinas, v. 26, n. 1, p. 135-152, set, 2004.

HARRÉ, R. Gramática e léxicos, vetores das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.p.105 -121.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

JODELET, D. **Representações sociais**: Um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.p. 17- 44.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Psicologia Social: textos em representações sociais**. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 63-85.

JUNIOR, J.; LADISLAU, C. R.; NIQUINI, C. A moda na carne viva: imagem, corpo, e consumo: aproximações teóricas. In: **XV Congresso Brasileiro de Ciência do Esporte**. Pernambuco, 2007. Obtido em: www.cbce.org.br. Acesso em: 30 dezembro 2008.

LACERDA, T. O. Uma aproximação estética ao corpo desportivo. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**. v.7, n.3, p.393-398, dez, 2007.

LADISLAU, C.; PIRES, I. A aparência institucionalizada: imagens do corpo nas revistas CONFEF. In: **XV Congresso Brasileiro de Ciência do Esporte**. Pernambuco, 2007. Obtido em: www.cbce.org.br. Acesso em: 30 dezembro 2008.

LIMA, G. C. A. **As representações sociais de saúde e doença para os portadores de diabetes melito que procuram o serviço de diagnóstico e prevenção da retinopatia diabética**. Campo Grande. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Católica Dom Bosco, 2005.

LIMA, J. R. P.; ORLANDO, F. B.; TEIXEIRA, M. P.; CASTRO, A. P. A.; DAMASCENO, V. O. Imagem corporal em musculação. **Centro de estudos e pesquisas Sanny**, v. 1, n. 1, p. 26-30, 2008.

LOPES, R. L. M.; SOUZA, I. E. O. A fenomenologia como abordagem metodológica: compartilhando a experiência de mulheres que buscam a prevenção do câncer cérvico-uterino. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 5-11, jul, 1997.

- MALYSSE, S. Em busca dos (H) alteres-ego: olhares franceses nos bastidores da corporalatria carioca. In: GOLDENBERG, M(Org.). **Nu & vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca.** Rio de Janeiro: Record, 2002. p.79-138.
- MARQUES, D. As Vênus Contemporâneas. **Revista Polêmica**, Rio de Janeiro, n.18, 2007. Obtido em: www.polemica.uerj.br. Acesso em 18 maio 2009.
- MARTINS, M. C. F. N. **Humanização das relações assistenciais.** Casa do Psicólogo, 2001.
- MENEGON, V; COÊLHO, A. **Entre a linguagem dos direitos e a linguagem dos riscos.** São Paulo: PUC-SP, 2006.
- MINAYO, M. C. S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Psicologia Social: textos em representações sociais.** 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 89-111.
- MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa.** Cengage Learning Editores, 2002.
- MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, I. R.; NEGRÃO, A. B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, suplemento 03, dez, 2002.
- MOSCOVICI, S. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para e uma história. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais.** Rio de Janeiro: UERJ, 2001.p. 46-66
- NETO, J. A. L. Marketing de Academia. Sprint, 1994.
- NÓBREGA, S. M. Maiorias e Minorias: do Conformismo à Inovação. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social.** 2 ed. Goiânia: AB, 2000. p.131-139
- NOVAES, J. V. **O intolerável peso da feiúra.** Garamond, 2006.
- NOVAES, V. S. Controle do corpo e consumo tecnológico: David Le Breton e as críticas a cerca das transformações do corpo na sociedade contemporânea. In: **XV Congresso Brasileiro de Ciência do Esporte.** Pernambuco, 2007. Obtido em: www.cbce.org.br. Acesso em: 30 dezembro 2008.
- NOVAES; VILHENA. De Cinderela a Moura Torta: sobre a relação mulher, beleza e feiúra. **Revista Interações**, São Marcos, v. 7, n. 5, p. 9 – 36 jan/jun, 2003.
- ORDAZ, O. ; VALA, J. Objetivação e ancoragem das representações sociais do suicídio na imprensa escrita. In: MOREIRA, A.S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social.** 2 ed. Goiânia: AB, 2000. p. 87-114.

PALMONARI, A.; ZANI, B. As representações sociais no campo dos psicólogos. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 261-279.

PESSINI, L. BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de Bioética**. 6 ed. São Paulo: Loyola, 2002.

REIS, J. C.; FRADIQUE, F. S. Significações sobre causas e prevenção das doenças em jovens adultos, adultos de meia idade e idosos. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Lisboa, v. 19, n. 1, p.47-57, jan/abr, 2003.

ROMERO, R. S. O corpo e a renúncia aos prazeres da carne na Idade Média Cristã presentes nos Concílios Ibéricos dos séculos V-VI d. C. e do século XIII d. C. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 86, jul. 2008. Disponível em: www.espacoacademico.com.br/086/86romero.pdf. Acesso em: 20 janeiro 2009.

RUSSO, R.; TOLEDO, M. H. Corpo sujeito. **Movimento & Percepção**, São Paulo, v. 6, n. 9, p. 06 – 15, jul/ dez, 2006.

SABINO, C. MUSCULAÇÃO: Expansão e manutenção da masculinidade. In: GOLDENBERG, M (Org.). **Os novos desejos: das academias de musculação às agências de encontros**. Rio de Janeiro: Record, 2000, p. 61-104.

_____. Anabolizantes: drogas de Apolo. In: GOLDENBERG, M. (Org.). **Nu & vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca**. Rio de Janeiro: Record, 2002, p. 139-188.

SABROZA, P. Concepções sobre saúde e doença. **Curso de Aperfeiçoamento de Gestão em saúde. Educação a Distância/Escola Nacional de Saúde Pública**. Obtido em www.abrasco.org.br. Acesso em: 15 abril 2008.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social**. São Paulo: Senac, 2002.

_____. História do Conceito de Saúde. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.29-1, 2007.

SANTOS, V.; CANDELORO, R. J. **Trabalhos acadêmicos- uma orientação para pesquisa e normas técnicas**. Porto Alegre: AGE, 2006.

SEGRE, M. FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.5, p.538-542, out, 1997.

SEMIN, G. R. Protótipos e representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 206-216.

SERPA, A. representação social **de saúde e doença para portadores de hipertensão arterial e diabetes**. Campo Grande. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Católica Dom Bosco, 2007. 130f.

SEVALHO, G. A Historical Approach to Social Representations of Health and Disease. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 349-363, jul/set, 1993.

SOBRINHO, M. D. "Habitus" e representações sociais: Questões para o Estudo de Identidades Coletivas. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2 ed. Goiânia: AB, 2000. p.117-130.

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde: epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, 1354-1360, set/out, 2004.

SPERBER, D. O estudo antropológico das representações: problemas e perspectivas. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.p. 91-104.

SPINK, P. J. M. O conceito na representação social no conceito psicossocial. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 09, n. 3, jul/set, 1993.

_____. **Psicologia Social e Saúde: Práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Vozes, 2003.

STROEBE, W. ; STROEBE, M. S. **Psicologia Social e Saúde**. Lisboa: Piaget, 1995.

SUASSUNA, D. et al. A relação corpo-natureza na modernidade. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 20, n.1, p. 23-38, jan/abr, 2005.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A Interface Psicologia Social e Saúde: perspectivas e desafios. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.6, n.2, p.49-56, jul/dez, 2001.

VASCONCELOS, N. A.; SUDO, N.; SUDO, I. Um peso na alma: o gordo e mídia. **Revista Mal-Estar e Sociedade**, Fortaleza, v. 4, n. 1, p.65-93, mar, 2004.

VENLIOLES, F. M. **Manual do gestor de academia**. Sprint, 2005.

VIANA, V. Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. **Análise Psicológica**, Lisboa, v.20, n.4, p. 611-624, Nov, 2002. ISSN 0870-8231.

VILAÇA, M. M. et al. DIVERSIDADE OU SUJEIÇÃO AO IDEAL CORPORAL? EIS A QUESTÃO. In: **XV Congresso Brasileiro de Ciência do Esporte**. Pernambuco, 2007. Obtido em: www.cbce.org.br. Acesso em: 30 dezembro 2008.

VILHENA, J.; MEDEIROS, S. Mídia e perversão. **Ciência Hoje**, Rio de Janeiro, v. 31, n.183, p.28-31, 2002.

VILHENA, J.; MEDEIROS, S.; NOVAES, J. V. A violência da imagem: estética, feminino e contemporaneidade. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v.5, n. 1, p. 109 -144, mar, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1-Dados sociodemográficos

Idade: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Escolaridade: _____

Renda Mensal: _____

Profissão: _____

Trabalha? ()sim ()não Cargo que ocupa: _____

2 - O que levou você a procurar uma academia?

3 - Por que você resolveu frequentar esta academia?

4 - O que influencia para você na escolha da academia?

5 - O que influencia para você na escolha do professor?

6 - Como você vê o seu corpo?

7 - O que é o seu corpo para você?

8 - Para você, qual é o padrão de corpo nos dias atuais para mulheres e homens?

9 - Para você, o que esse padrão pode influenciar?

10 - Como o corpo influencia nas relações sociais?

11 - Você já fez alguma intervenção cirúrgica? ()sim. O que foi para você fazer essa cirurgia?

()não. Você tem vontade de fazer alguma intervenção cirúrgica?

12 - O que é saúde para você?

13 - O que é doença para você?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para colaborar na realização da pesquisa “Representações Sociais saúde, doença e corpo de clientes de academias em Campo Grande, MS”. Caso concorde em participar, responderá a uma entrevista que será gravada. O objetivo da pesquisa é analisar os sentidos que as pessoas atribuem ao corpo, à saúde e doença e de que forma interferem na busca pelo cuidado com o corpo.

Os resultados serão divulgados em minha dissertação de Mestrado em Psicologia e em possíveis futuros trabalhos em revistas científicas e congressos. Esteja seguro de que seu anonimato será mantido. Em nenhum momento da entrevista será perguntado o seu nome. Sua participação é voluntária. A qualquer momento você poderá desistir de colaborar com o trabalho, sem nenhuma penalidade, bem como deixar de responder qualquer pergunta.

Abaixo colocarei meu nome e telefone para que, havendo alguma dúvida, sinta-se à vontade para entrar em contato comigo, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco - UCDB.

Pesquisadora Ariane Silva, aluna do Mestrado em Psicologia, CPPGE, UCDB, telefone 9985-3654.

Agradecemos a sua colaboração.

NOME: _____

ASSINATURA: _____

ANEXOS
